

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux

OU

Pseudo-Rhumatisme infectieux articulaire
à marche aiguë, d'origine bacillaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand EGMANN

Né à Belfort, le 9 Juin 1877.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON
IMPRIMERIE Albert PERRELLON
Cours Gambetta 32

1901

Rhumatisme articulaire
aigu tuberculeux

ou

Pseudo-Rhumatisme infectieux articulaire
à marche aiguë, d'origine bacillaire

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux

OU

Pseudo-Rhumatisme infectieux articulaire
à marche aiguë, d'origine bacillaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand EGMANN

Né à Belfort, le 9 Juin 1877.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON
Cours Gambetta 32

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET, Doyen | M. LAGASSAGNE, Assesseur | M. CROLAS, Questeur

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X.
Cliniques chirurgicales	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophtalmologique.	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT.
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	CROLAS.
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Propédeutique médicale.	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
Anatomie pathologique.	DEVIC.
Physiologie	DOYON.
Accouchements	FABRE
Botanique	BEAUVISAGE.
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, docteur ès-sciences

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. VALLAS.	MM. NOVÉ-JOSSERAND.	MM. CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUG.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.*

A MA SOEUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

Professeur de clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur

C'est à Monsieur le Professeur Poncet, que revient l'idée première de ce travail. Non content de diriger nos modestes efforts et de mettre son savoir au service de notre jeune inexpérience, il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance, ainsi que nos remerciements les plus sincères. Le souvenir que nous garderons de ce Maître éminent sera un des plus agréables que nous aurons emportés de Lyon.

Merci également à MM. les Docteurs Leclerc, Médecin des Hôpitaux et Contamin, qui ont eu l'amabilité de nous communiquer deux de nos observations.

Nous avons trouvé un véritable ami en notre compatriote, le Docteur Raymond Muller. Qu'il soit persuadé que la distance n'amoindrira pas notre amitié.

INTRODUCTION

Dans diverses communications, soit au Congrès de chirurgie de 1897, soit à la Société de médecine de Lyon (février 1900), soit à l'Académie de médecine (juillet et octobre 1901), M. le professeur Poncet attirait l'attention sur certaines manifestations articulaires, considérées jusqu'alors comme étant de nature rhumatismale, et qui devaient être certainement rattachées à la tuberculose.

Il rappelait à ce sujet que la plupart des maladies infectieuses, blennorrhagie, scarlatine, fièvre typhoïde, rougeole, diphtérie, peuvent donner naissance chacune à une variété spéciale d'arthrites, qui constituent la grande classe, bien connue aujourd'hui des pseudo-rhumatismes infectieux. Et s'appuyant sur plusieurs observations recueillies soit à la Clinique, soit dans sa pratique particulière, il montrait que la tuberculose, maladie essentiellement infectieuse, était capable, à l'égal des autres maladies du même ordre, de donner lieu à une variété de pseudo-rumatisme infectieux qui méritait le nom de rhumatisme tuberculeux.

Qu'est-ce donc qu'un pseudo-rumatisme infectieux ? Sous ce nom, on désigne depuis les travaux de Bouchard et de ses élèves, un mode de réaction spécial des jointures à certaines infections. Véritables arthrites, les pseudo-rhumatismes tiennent une place entre le rhumatisme articulaire aigu et les arthrites spécifiques, et bien que procédant des deux à la fois, ils s'en distinguent cependant très nettement. Au rhumatisme aigu ils empruntent, au moins au début, son mode de localisation poly articulaire et une analogie assez frappante dans ses manifestations cliniques ; mais ils s'en séparent par la rapidité avec laquelle ils se fixent sur une articulation, par le manque d'action du salicylate de soude et surtout par leurs tendances à donner naissance à des produits plastiques, aboutissant souvent à l'ankylose.

Pouvant compliquer la plupart des maladies infectieuses, les pseudo-rhumatismes sont remarquables par le manque de spécificité de leurs lésions anatomo-pathologiques ; celles-ci sont caractérisées presque exclusivement par de l'inflammation, et par l'absence, le plus souvent de l'agent causal dans les exsudats.

Il est donc logique de considérer les pseudo-rhumatismes infectieux comme une sorte de septicémie des séreuses articulaires, due, sinon à des microbes, du moins à leurs toxines. C'est d'ailleurs là la pathogénie que nous attribuerons plus loin au rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.

Nulle part avant M. Poncet, l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'avait été nettement formulée ; peut-être faut-il chercher la cause de cet ostracisme vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, présentant la symp

tomatologie des manifestations rhumatismales, dans cette opinion régnante, et fondée par certains côtés, qu'il existe entre la tuberculose et le rhumatisme, une sorte d'antagonisme.

Certains auteurs, cependant, avaient pensé un instant donner aux manifestations articulaires chez un tuberculeux, la valeur d'un symptôme de l'infection première.

C'est ainsi qu'en 1876, Laveran rapportait dans le « Progrès Médical », l'observation d'un homme qui, bien portant jusque là, avait été pris subitement de douleurs articulaires siégeant surtout dans les genoux et s'accompagnant d'hydarthrose du côté droit ; en même temps il existait une fièvre modérée ; le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu s'imposait ; mais huit jours après le début des douleurs, survenait une dyspnée considérable, la fièvre devenait vive et continue et le malade succombait quinze jours après son entrée à l'hôpital, en présentant tous les symptômes de l'asphyxie tuberculeuse aiguë.

A l'autopsie, on trouva des granulations tuberculeuses en très grand nombre, dans les organes qu'elles envahissent d'ordinaire, poumons, plèvres, péritoine, rate, foie, reins, etc., et de plus on constata que les arthrites aiguës qui avaient été la première manifestation de la maladie étaient des arthrites tuberculeuses dues à la présence de granulations grises parfaitement bien caractérisées dans l'épaisseur de la synoviale.

Et Laveran, frappé par ce cas intéressant, faisait suivre l'observation du commentaire suivant : « Il n'est pas étonnant, écrit-il, de voir la tuberculose, qui se localise si souvent dans les séreuses viscérales, envahir quel

quefois les séreuses articulaires ; je serais même porté à croire que si l'on examinait avec soin les articulations chez les sujets qui meurent de tuberculose aiguë, on y trouverait assez souvent des granulations, et cela expliquerait les douleurs vagues dans les membres et les articulations, dont se plaignent beaucoup de malades ; mais en général on ne fait pas cet examen, et il a fallu que ces douleurs prissent un caractère d'acuité tout à fait inusité pour que l'idée me soit venue d'ouvrir les articulations. La confusion possible de la tuberculose aiguë avec le rhumatisme articulaire aigu est un fait clinique intéressant ; il faudra se défier à l'avenir de ces rhumatismes articulaires qui s'accompagnent de pleurésie, de méningite, de péritonite, etc., et qui se terminent par la mort, lorsque l'autopsie n'aura pas été faite ».

C'est ainsi que Laveran, qui présentait déjà les rapports existant entre la tuberculose et le rhumatisme décrivait une forme rare de tuberculose articulaire, mentionnée encore par M. Pollosson et d'autres observateurs, la granulie des synoviales.

La coexistence d'accidents rhumatismaux et tuberculeux a été signalée encore par MM. Lacaze-Dori (thèse de Paris, (1882), et Eloy (Union Médicale, 1883). Ces auteurs, étudiant le rhumatisme chronique chez l'enfant, ont attiré l'attention sur l'existence possible du rhumatisme et de l'arthrite fongueuse ; beaucoup de ces malades, disent-ils, ont des cicatrices strumeuses ou des antécédents tuberculeux et meurent de tuberculose.

Charcot, lui aussi, avait vu combien étaient fréquents les accidents tuberculeux chez les sujets atteints de

rhumatisme chronique déformant, et en 1889, un de ses élèves, Cognard intitulait sa thèse : « Rhumatisme articulaire progressif et tuberculeuse ».

Malgré tout, derrière le terme de rhumatisme, se cachait toujours l'idée de la diathèse, et c'était là sans doute, nous le répétons, la raison qui empêchait les cliniciens de se montrer plus clairvoyants.

Le rhumatisme articulaire tuberculeux revêt cliniquement plusieurs formes assez distinctes, susceptibles d'être groupées en deux grandes variétés seulement : l'une purement subjective décrite par M. Weill en 1893, ne se manifestant par aucun phénomène extérieur, c'est l'arthralgie, l'autre bien définie par M. le professeur Poncet, se révélant non seulement par de la douleur, mais aussi par des symptômes objectifs, rougeur, gonflement, impotence fonctionnelle, etc., d'intensité variable, et simulant les diverses modalités du rhumatisme articulaire aigu.

C'est cette dernière forme que nous nous proposons d'étudier, parce qu'elle est vraiment la plus intéressante.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Nos connaissances sur l'étiologie du rhumatisme aigu tuberculeux sont encore assez incomplètes. Cependant la clinique nous représente cette affection comme une maladie offrant tous les attributs caractéristiques des maladies infectieuses en général ; mode de début, appareil fébrile, évolution, lésions, complications, semblant relever d'un facteur microbien ; nous exposerons tout à l'heure les recherches faites en ce sens.

Les causes prédisposantes comprennent toutes les conditions extérieures ou intérieures qui peuvent contribuer à mettre l'organisme en état de réceptivité, mais qui ne suffisent pas à déterminer l'éclosion de la maladie.

Les manifestations articulaires pseudo-rhumatismales de la bacilliose surviennent chez tous les tuberculeux, qu'ils soient atteints d'une tuberculose viscérale, pulmonaire ou autre, ou d'une tuberculose périphérique, osseuse ou articulaire, quelque soit également son degré de gravité. Il ressort néanmoins des observations que nous rap-

portons, que les lésions articulaires sont plus légères, plus fugaces lorsqu'elles apparaissent au cours d'une tuberculose avancée et grave.

Le pseudo-rhumatisme bacillaire, de même qu'il peut survenir chez tous les tuberculeux, peut aussi faire son apparition à toutes les périodes de la maladie causale. Parfois il la précède et frappe un malade avant toute autre lésion bacillaire ; il en impose à ce moment pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, mais en réalité c'est souvent là le premier indice, le signe précurseur de l'invasion d'un organisme par le bacille de Koch ; dans d'autres cas, il est plus tardif et n'est qu'un épiphénomène venant ajouter son action à celle d'une tuberculose préexistante.

Le rôle d'un traumatisme antérieur peut être envisagé. Tantôt ce traumatisme porte sur une jointure, et c'est par elle que l'infection débute, tantôt la continuité du membre est lésée, et c'est l'articulation la plus voisine du point touché qui sera atteinte la première.

Les articles du membre inférieur se prennent plus souvent et d'une façon plus précoce que ceux du membre supérieur.

De plus, le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux a une prédilection marquée pour les grandes articulations : ainsi, chacun des genoux est malade dans les deux tiers des cas environ, le cou-de-pied à peu près dans la même proportion, puis le poignet, l'épaule, la hanche, par ordre de fréquence décroissante. Les articulations petites et serrées ne sont pas indemnes, mais, néanmoins, elles sont plus rarement affectées.

Le nombre des jointures affectées varie beaucoup ; il

n'est pas rare que dans la période des débuts, huit ou dix jointures soient prises à la fois, à des degrés divers.

L'action du froid sur les articulations découvertes paraît jouer un rôle assez important.

De plus, une lésion articulaire préalable semble agir comme mordant pour la fixation de nouvelles lésions d'origine infectieuse.

Au point de vue de l'âge, il semble que l'adulte soit plus souvent atteint que l'adolescent, et, en effet, sur les seize observations de malades que nous rapportons, douze de ceux-ci sont âgés de 30 à 50 ans, les quatre autres de 16 à 25 ans.

Quant au sexe, il est curieux de remarquer que sur nos seize observations, dix sont des femmes et six seulement des hommes. Est-ce là une règle générale ? Nous ne le croyons pas, et attribuons volontiers ce fait aux hasards de la clinique.

La profession et les habitudes jouent un certain rôle dans l'apparition des rhumatismes tuberculeux. Les refroidissements incessants, les variations brusques de la température, les fatigues auxquelles exposent plus particulièrement certains emplois, en sont assurément des causes génératrices puissantes.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

L'étude anatomo-pathologique n'est pas encore tout à fait complète car jusqu'ici deux autopsies seulement ont pu être pratiquées (obser. 1 et 2). Néanmoins les constatations qu'elles ont permis de faire ont suffi pour établir les caractères principaux de l'affection qui nous occupe, caractères que nous avons d'ailleurs déjà donnés plus haut, en définissant le pseudo-rhumatisme infectieux.

A l'ouverture d'une articulation qui a été le siège d'accidents inflammatoires aigus, d'apparence rhumatismale, on est tout d'abord frappé de l'absence de granulations miliaires, de fongosités, d'abcès froids, caséeux que l'on a l'habitude de considérer comme les véritables signatures des atteintes du bacille de Koch — les cartilages sont altérés de différentes façons : tantôt on constate en un point, comme sur la tête humérale (obser. 1), une petite tache rougeâtre — tantôt la surface

est légèrement rugueuse, dépolie — tantôt enfin le cartilage manque et est remplacé par un tissu fibreux, rougeâtre (cubitus de la même observation).

Les os sont parfois privés de leur cartilage, dénudés et flottent alors librement dans l'articulation.

La synoviale est épaissie, infiltrée — elle présente une sorte d'œdème gélatineux, qui remplit la cavité articulaire et semble limiter le mouvement des surfaces.

Cet œdème n'est pas enkysté, comme s'il s'agissait d'une bourse séreuse enflammée : il est diffus et semble provenir d'une inflammation de la synoviale elle-même. On a l'impression que du liquide synovial gélatineux et filant a été injecté sous une certaine tension dans les mailles du tissu cellulaire de la région, et qu'il a ensuite diffusé.

Les ligaments sont déformés, relâchés ou rétractés. Les parties molles péri-articulaires, muscles, tendons semblent elles aussi prendre part au processus infectieux ; elles sont tantôt rétractées, tantôt considérablement épaissies.

A côté de ces lésions, on constate la formation de produits plastiques variés : brides, cloisons fibreuses, ankyloses, analogues à ceux des rhumatismes pseudo-infectieux.

C'est là encore un caractère qui permet de différencier le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux de la tumeur blanche ordinaire qui, elle, est considérée comme essentiellement destructive évoluant sur des lésions ulcéreuses.

L'autopsie vient de plus confirmer l'existence de lésions tuberculeuses viscérales, déjà soupçonnées pen-

dant la vie : les plèvres, le péritoine, les méninges sont recouverts de granulations tuberculeuses abondantes.

Les poumons sont le siège de tubercules ou de cavernes — le cœur peut être atteint d'endocardite végétante.

En un mot l'anatomie pathologique, quoique incomplète, du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux peut se résumer dans cette formule :

Absence de lésions destructives — présence de lésions irritatives à tendance fibro-plastique.

CHAPITRE III

Pathogénie

On pourrait, pour expliquer la production de ces diverses lésions articulaires au cours de l'infection tuberculeuse, passer en revue les différentes théories que l'on a successivement adoptées pour le rhumatisme blennorrhagique et les appliquer à l'affection présente. Nous aurions ainsi une école qui admettrait la création de toute pièce de la diathèse rhumatismale sous l'influence de la bacillose, une autre pour qui cette diathèse, jusque-là à l'état latent, serait réveillée par le processus tuberculeux qui mettrait ainsi l'organisme en état d'opportunité morbide. Nous aurions enfin une théorie spécifique qui affirmerait la spécificité du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, pour qui ses symptômes, sa marche, ses localisations le différencieraient des manifestations du rhumatisme banal. Et c'est à notre avis, cette dernière opinion qui semblerait se rapprocher le plus de la vérité.

Pour le rhumatisme blennorrhagique, Pétrone, Kammerer, puis Bousquet avaient découvert le gonocoque dans le liquide extrait des articulations atteintes. Il leur était facile alors d'affirmer la spécificité de l'affection. Mais pour le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, il n'en est plus tout à fait de même. MM. J. Courmont et Dor n'ont jamais pu déceler la présence du bacille de Koch dans les tissus des articulations malades. Doit-on en conclure que la nature de l'affection n'est pas tuberculeuse ? Assurément non.

Il n'est pas nécessaire, pour admettre l'origine tuberculeuse d'une lésion, d'y rencontrer le bacille de Koch. On sait, du reste, combien il est rare de le trouver dans un grand nombre de tuberculoses, celles du rein, de la vessie, par exemple.

De plus, la théorie des toxines microbiennes nous apprend qu'un micro-organisme développé en un point quelconque de l'économie peut donner lieu, par les produits solubles qu'il sécrète, à des lésions éloignées, dans lesquelles il est impossible de le retrouver lui-même. Il se peut donc que, dans le cas présent, il s'agisse de toxines lancées dans la circulation, émanant d'un point quelconque de l'organisme.

M. le professeur Courmont et M. L. Dor ont fait de très intéressantes expériences qui viennent confirmer ce fait : en injectant dans les veines d'un lapin les exsudats d'une tuberculose atténuée, ils ont produit des arthrites dans les différentes articulations. En général, ces arthrites affectaient la forme des tumeurs blanches ; cependant, quelques articulations contenaient des grains riziformes et d'autres un liquide séreux. Ils déterminaient avec

cette dernière variété un type de tuberculose expérimentale qui correspond au type clinique du pseudo-rhumatisme bacillaire que nous décrivons.

Voici encore un fait observé par le professeur Lannelongue, et qui n'est pas moins remarquable : il remonte en 1890 et il est rapporté dans le bulletin médical de cette année-là. C'était à l'époque où la lymphe de Koch venait d'être découverte et Lannelongue, qui attendait, lui aussi, de cette nouvelle médication, les plus merveilleux résultats, avait commencé à traiter les enfants tuberculeux de son service : il s'agissait d'un enfant atteint d'un lupus du nez et de la joue, sans complication aucune du côté des organes profonds ; il lui injecte donc de la lymphe de Koch ; aux deux premières injections, il se produit une réaction thermique intense, mais rien de plus. Huit jours après, à la troisième, qui est de 3 milligrammes, surviennent, le soir même, de vives douleurs dans le genou et le tibia gauches.

Ces douleurs s'accroissent encore pendant la nuit et, le lendemain, M. Lannelongue observe une gêne dans les mouvements de rotation de la tête, un gros épanchement dans les deux coudes, les deux épaules, surtout à gauche ; le poignet gauche est douloureux ; les deux articulations de la hanche sont peu mobiles : il y a de la douleur à la pression de la tête fémorale ; on constate un abondant épanchement dans les deux genoux, surtout à droite.

Ces différentes arthrites amenèrent de la contracture des muscles péri-articulaires et un certain degré de flexion dans chaque articulation ; c'est dans le genou droit que l'épanchement persista le plus longtemps.

Si ces accidents avaient suivi la première injection,

ajoute l'auteur, ou pourrait affirmer que celle-ci a révélé l'existence de foyers tuberculeux, jusque-là demeurés latents ; mais les accidents s'étant montrés huit jours après, on peut se demander s'ils ne sont pas dus à l'action de la lymphe, qui a provoqué la formation à distance de nouveaux foyers tuberculeux ?

C'est à l'action de ces toxines, répandues dans l'organisme, que sont dues, suivant M. Poncet, ces manifestations articulaires. On sait aujourd'hui que leur mode d'action est très complexe et très varié.

Les expériences de M. Lévi-Sirugue (thèse de Paris, 1898), que l'on pourrait d'ailleurs rapprocher de celles de MM. Dor et Courmont, l'ont suffisamment démontré : en inoculant dans le péritoine du chien et du cobaye des produits tuberculeux de virulence différente, il reproduisait chez ces animaux des formes variées de péritonites, les unes caséeuses, les autres fibreuses ou ascitiques.

Il faut aussi faire intervenir dans la pathogénie, la question de terrain ; telle articulation fera du pus, des fongosités ; telle autre, de l'hydarthrose, de l'œdème gélatineux, etc., suivant l'état général du sujet, son hérédité morbide, suivant l'état local de l'articulation frappée.

Ce n'est là qu'une ébauche de cette pathogénie, qui demande de nombreuses confirmations expérimentales. M. Dor avait inoculé dans le péritoine du cobaye le produit recueilli dans l'intérieur des articulations et toujours les résultats avaient été positifs — C'est là un point absolument indiscutable, qui prouve la nature tuberculeuse de l'affection.

Le cytodiagnostics selon la méthode de Widal et Ravaut, la culture sur des milieux appropriés tels que la gélose au sang, toutes ces méthodes de diagnostic que fournit le laboratoire, pourront être d'un grand secours. Et de cette façon, on ne sera plus exposé en clinique, à méconnaître l'existence du pseudo-rumatisme tuberculeux, comme on a longtemps méconnu celle de la pleurésie séro-fibrineuse de nature bacillaire.

CHAPITRE IV.

Symptomatologie

Envisagé uniquement au point de vue de ses manifestations articulaires, le rhumatisme tuberculeux aigu simule à s'y méprendre, les pseudo-rhumatismes infectieux dans toutes leurs formes. Comme ceux-ci, il se fait remarquer par son début brusque, survenant souvent en quelques heures, sans prodromes. Polyarticulaire tout d'abord, il ne tarde pas ordinairement à se localiser sur une seule articulation.

La douleur est le premier symptôme, c'est aussi le point capital sur lequel la plupart des malades appellent la sollicitude du médecin. Elle s'établit lentement avec un crescendo continu pendant quelques jours, ou bien éclate intolérable d'emblée. Son intensité ne semble pas commandée par le degré de fluxion des jointures, mais est plutôt variable avec l'excitabilité de chaque malade. Les tortures ainsi ressenties présentent assez communément une rémission diurne et atteignent pendant la nuit leur paroxysme ; elles empêchent parfois

tout repos. Ces souffrances sont réveillées par toute tentative de mouvement volontaire ou provoqué, par le poids des couvertures, le moindre ébranlement.

La pression au niveau des interlignes articulaires exagère encore la douleur, les parties péri-articulaires au contraire, gaines tendineuses, bourses séreuses péri-articulaires, ligaments articulaires et tendons d'insertion sont peu sensibles.

La chaleur est facilement perçue à la main, quand la comparaison peut être faite avec l'articulation symétrique restée saine ; le thermomètre apprend que la différence ainsi constatée est d'un demi à un degré —

La rougeur est en général très accusée et contraste avec la pâleur générale des téguments ; c'est en arrière des malléoles, sur la face dorsale du pied, à la face interne du genou, sur la face dorsale du poignet qu'elle se perçoit le mieux ; cette rougeur se fond insensiblement avec la coloration pâle des parties contiguës. Elle s'efface sous la pression du doigt, qui laisse parfois une légère empreinte.

La tuméfaction devient en quelques jours très marquée, elle déforme le membre atteint. Elle est due à l'épanchement articulaire qui est la règle et à l'œdème inflammatoire qui existe ordinairement à quelque degré dans les tissus péri-articulaires. Mais l'épanchement reste en général modéré et n'est vraiment facile à constater que dans le genou ; l'œdème fluxionnaire est surtout perceptible au niveau des doigts qui prennent l'aspect de boudins, et de la main qui paraît potelée ; ces mêmes caractères se retrouvent au pied. Parfois cette fluxion, au lieu d'être érythémateuse, reste blanche.

Les veines superficielles des régions atteintes sont dilatées ; les artères battent plus énergiquement.

Presque toutes les articulations peuvent être prises, mais le rhumatisme aigu tuberculeux a une prédominance marquée pour les grandes articulations. Le genou, le poignet, l'épaule, l'articulation tibio tarsienne sont le plus souvent touchés. Le rhumatisme des petites articulations, carpe, métacarpe, tarse, métatarse, doigts, orteils, colonne vertébrale se voit quelquefois.

L'état général est en rapport avec le nombre des articulations prises et l'intensité des arthrites. La température s'élève rarement jusqu'à 40 degrés et ne se maintient pas longtemps à ce niveau quand elle est aussi vive. Le tracé thermométrique oscille d'habitude entre 38 degrés et 39° 5.

La céphalée, l'inappétence, les malaises sont habituellement modérés et hors de proportion avec l'intensité parfois extrême des symptômes locaux.

Cette symptomatologie générale, qui est celle de tous les pseudo-rhumatismes infectieux, n'acquiert une valeur toute spéciale que par ses rapports avec la tuberculose ; c'est elle qui permet de faire du rhumatisme tuberculeux, une entité spéciale et bien définie.

Si on est mis sur la voie du diagnostic par l'existence antérieure ou actuelle de lésions nettement bacillaires, le doute n'est plus permis. Souvent, comme dans l'obs. VII, les attaques douloureuses articulaires forment le premier symptôme de l'infection tuberculeuse ; et c'est seulement l'éclosion d'un autre accident qui pourra donner l'éveil.

CHAPITRE V

Formes Cliniques

Il n'existe pas, comme pour l'arthrite blennorrhagique que nous prenions pour terme de comparaison il y a un instant, un seul type clinique du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Il est possible de grouper les symptômes que nous avons énumérés plus haut, au point de vue de leur apparition, suivant trois modalités différentes, formant autant de cadres dans lesquels peuvent se grouper les observations.

PREMIÈRE VARIÉTÉ

La première variété, de beaucoup la plus nombreuse, à en juger du moins par les dix observations que nous rapportons, pourrait être appelée en quelque sorte pré-tuberculeuse, si elle n'était déjà une localisation de l'infection.

Elle se schématise ainsi :

Un malade non encore reconnu tuberculeux se présente à la clinique porteur de douleurs articulaires que l'on met sur le compte d'un rhumatisme articulaire aigu. On institue aussitôt la médication salicylée, et, au grand étonnement du médecin, l'échec est complet.

Au bout d'un temps variable, le faux rhumatisme se localise sur une seule articulation qui, en l'espace de quelques semaines, de quelques mois, prend peu à peu les caractères du rhumatisme qu'il avait empruntés au début pour acquérir nettement ceux d'une arthrite tuberculeuse. Il est à remarquer qu'à ce moment les autres articulations ne présentent plus de signes d'infection.

Nous connaissons dix observations rentrant dans ce groupe et toutes les dix ont trait à des malades atteints d'arthrites polyarticulaires, considérées et traitées comme des rhumatismes articulaires aigus, par le salicylate de soude et par l'antipyrine, jusqu'au jour où le faux rhumatisme, jetant le masque, abandonne les articulations atteintes pour continuer à évoluer sur une articulation seulement, à la façon d'une arthrite fongueuse dont la nature bacillaire a été démontrée non seulement par les symptômes, mais par l'évolution, l'inoculation au cobaye ou l'autopsie.

OBSERVATION 1

recueillie à la Clinique de M. le Professeur Poncet.

Tuberculose pulmonaire (3°). — Ostéo-arthrite fongueuse, suppurée, tibio-tarsienne droite; arthrite ancienne du pouce droit; craquements diffus dans le coude droit, épaule droite et presque toutes les autres articulations qui ont été à diverses reprises *le siège d'accidents inflammatoires plus ou moins aigus, d'apparence rhumatismale*. (Rhumatisme tuberculeux polyarticulaire). — Mort.

Autopsie. — Poumons: broncho-pneumonie tuberculeuse. Cœur: insuffisance aortique, végétations valvulaires. Articulation tibio-tarsienne: pyarthrose, synovite fongueuse, lésions du cartilage. Dans les autres articulations: infiltration œdémateuse de la synoviale, usure par places du cartilage. Lésion d'ostéo-arthrite chronique, non suppurée.

Inoculation positive du cobaye. — Reproduction expérimentale des végétations valvulaires.

G. J..., âgée de 43 ans, exerçant la profession de lingère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le professeur Poncet, le 9 mars 1901.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve rien à signaler, parents morts de vieillesse, une sœur bien portante.

Personnellement, pas de maladies dans l'enfance. — Réglée à l'âge de 18 ans, régulièrement, les règles sont supprimées depuis 3 ans. — La malade est restée souvent exposée au froid, elle s'enrhumait volontiers en été et en hiver. — Pas d'enfants.

La malade a déjà fait un séjour à l'Hôtel-Dieu, du mois d'août 1899 au mois d'août 1900. Elle était entrée à l'hôpital pour des phénomènes gastriques, et pour une toux constante assez pénible, s'accompagnant parfois de petites hémoptysies. — Un mois et demi après son entrée, la malade ressentit des douleurs au niveau de

l'articulation du coude ; la région n'était ni tendue, ni douloureuse il y avait seulement de la gêne dans les mouvements. Peu après, les deux genoux devinrent douloureux, sans changement extérieur. Ensuite ce fut le tour des articulations des doigts, de l'épaule, du poignet. En somme, presque toutes les articulations furent successivement envahies. — Cet état dura pendant plusieurs mois. — La malade était à l'hôpital, au repos, on lui faisait des applications de salicylate de méthyle sur les régions douloureuses.

Au mois de juin 1900, l'articulation du cou-de pied commence à devenir douloureuse ; puis, peu à peu, à l'inverse des autres, elle se tuméfie.

G. J... quitta l'hôpital au mois d'août 1900 ; son articulation était dans le même état. — Elle reprit son travail, mais peu après les articulations des doigts devinrent douloureuses, surtout le pouce droit ; il se tuméfia, puis se déforma ; il y eut comme une subluxation de l'articulation métacarpo-phalangienne, elle persiste encore du reste. — L'articulation tibio-tarsienne continuait à être douloureuse, elle se tuméfia, mais c'est seulement depuis quinze jours que les phénomènes aigus s'accusèrent.

En même temps, la malade subit pendant cet hiver toute espèce de privations ; elle toussa beaucoup, cracha souvent du sang et maigrit considérablement.

Aujourd'hui, l'attention est d'abord attirée par elle sur son articulation tibio-tarsienne droite ; celle-ci est tuméfiée, on y voit une desquamation de la peau, due à des applications répétées de teinture d'iode. — La synoviale est distendue, forme des bourrelets fluctuants en arrière de chaque côté du tendon d'Achille, en avant de chaque côté des tendons extenseurs. — La palpation de l'interligne est douloureuse généralement, il y a un point maximum à la pointe de la malléole externe. Les gaines tendineuses sont également distendues. Les mouvements brusques sont douloureux, mais s'ils se font lentement, ils sont possibles, sans grande douleur, les mouvements provoqués ne sont pas douloureux s'ils sont exécutés prudemment. Pas de douleur en refoulant l'articulation tibio-tarsienne. Pas de ganglions inguinaux. Atrophie considérable de la jambe ; développement anormal du système pileux.

Examen des autres articulations. — L'articulation métacarpo-phalangienne droite est déformée ; la tête métacarpienne fait une saillie en arrière, la phalange semble subluxée en avant. La synoviale paraît libre. Les mouvements de flexion sont possibles ; l'extension demeure incomplète. Le coude droit est douloureux en arrière et dans l'extension maximum ; la synoviale est distendue et forme deux bourrelets de chaque côté du tendon tricipital.

L'épaule droite présente des craquements pendant les mouvements étendus, il n'y a pas de douleur.

Dans presque toutes les autres articulations, du côté gauche, au genou, au coude, à l'épaule, il existe des craquements légers pendant les mouvements.

La colonne vertébrale est douloureuse aussi dans l'extension et la flexion forcée du corps.

Ongles hypocratiques très nets.

Examen des poumons. — Le thorax est considérablement amaigri ; les muscles et les os se dessinent sous la peau.

A la palpation, les vibrations sont exagérées à droite, au sommet, en avant et en arrière.

A la percussion, les deux sommets sont submats, les bases sont sonores ; le sommet gauche est très douloureux à la percussion.

A l'auscultation au sommet droit, râles sous-crépitants, souffle cavitaires : après la toux, gargouillement ; bronchophonie très nette. Au sommet gauche, respiration rude, craquements étendus ; retentissement de la voix.

Crachats purulents, hémoptoïques très abondants, survenant dans des efforts de vomissements.

L'état général est mauvais ; la malade a des pommettes rouges, les yeux brillants ; elle transpire beaucoup, vomit ce qu'elle prend. Un peu de subdélire parfois.

Température : 38°8 le matin, 39° le soir.

On se contente d'immobiliser le cou-de-pied droit dans une gouttière ; les douleurs sont toujours très vives.

La malade est morte le 18 mars 1901, avec des signes de tuberculose pulmonaire avancée ; elle a eu cinq jours avant une poussée douloureuse aiguë du côté de toutes ses articulations antérieurement

malades ; le pouce droit s'est tuméfié, sa face dorsale est devenue un peu rouge, puis le lendemain tout avait disparu.

Autopsie (pratiquée le 18 mars avec M. L. Dor, chef du laboratoire de la Clinique).

I. *Poumons*. — Les poumons sont adhérents à la paroi thoracique au niveau de leur sommet, dans les trois quarts inférieurs, ils sont libres ; à ce niveau la plèvre contient environ un demi-litre de liquide séro-fibrineux. A la coupe, les poumons présentent des lésions d'une broncho-pneumonie tuberculeuse si confluyente que le lobe supérieur a presque l'apparence d'une pneumonie caséuse : dans le lobe inférieur on trouve des noyaux de tuberculose disséminés.

Les lésions sont bi-latérales, mais plus étendues à gauche qu'à droite. Il n'y a pas de véritables cavernes, mais simplement de petits foyers de ramollissement du volume d'une noisette.

Nombreux ganglions au pôle.

II. *Cœur*. — Le cœur baigne dans un liquide séreux assez abondant. Les gros vaisseaux de la base sont entièrement adhérents et un tissu néoformé unit l'artère pulmonaire à l'aorte.

Le cœur droit ne présente pas de lésions valvulaires,

Dans le cœur gauche, on trouve une insuffisance aortique produite par des végétations papillomateuses, siégeant sur le bord libre des valvules sigmoïdes et rendant leur rapprochement impossible ; à l'épreuve de l'eau, le liquide fuit très vite.

Une endocardite mitrale, caractérisée aussi par des végétations siégeant sur le bord orificiel de la valvule ; la base des valvules est épaissie et indurée ; la couleur de l'endocarde est jaune, il y a de petites plaques athéromateuses ; aucune zone rouge, congestionnée, pouvant faire songer à une lésion récente.

Pas d'hypertrophie du cœur ; son poids est de 270 grammes.

III. *Foie*. — Volumineux, un peu muscade.

IV. *Reins*. — Capsule légèrement adhérente. A la coupe, atrophie par places de la couche corticale.

V. *Ovaires*. — Scléro kystiques.

Examen des articulations, — Articulation tibio-tarsienne. — La capsule articulaire est épaissie, elle mesure un centimètre par endroit ; elle est fongueuse et nettement tuberculeuse. A l'ouverture, on

trouve un peu de liquide séro-purulent. L'astragale a ses cartilages érodés en plusieurs points.

Sur la surface inférieure du tibia, on remarque une bande pénétrant d'arrière en avant qui traverse à peu près le cartilage et dans laquelle le tissu cartilagineux est remplacé par un tissu fibreux, rouge, qui tranche par sa couleur bien nettement sur le fond blanc du cartilage.

Ce processus est d'ailleurs identique à celui qui a érodé les bords du cartilage de l'astragale ; là aussi on voit que le tissu cartilagineux est remplacé d'abord par un tissu fibreux rouge qui se substitue à lui, puis qui devient fongueux et s'élimine en laissant à nu le tissu osseux.

Dans les gaines tendineuses, on constate des lésions de même ordre ; alors que certaines gaines ouvertes sont tout-à-fait blanches d'autres présentent des taches rouges, irrégulières et ces taches se transforment petit à petit en élevures d'abord, puis en véritables fongosités, dont la nature tuberculeuse est évidente.

Dans les autres articulations du pied (astragalo-calcanéenne, astragalo-scaphoïdienne, calcanéo-cuboïdienne), on note des lésions analogues, mais tout-à-fait au début ; les bords du cartilage ne sont pas nets ; il existe des dentelures rougeâtres au niveau desquelles le tissu cartilagineux a disparu.

Articulation du coude droit. — Il y a sur le cubitus, au niveau du sillon formé par la face antérieure de l'olécrâne et la base de l'apophyse coronoïde, une bande horizontale de plus de un centimètre de longueur et de deux à trois millimètres d'épaisseur, qui est constituée par une lésion identique à celle du plateau tibial ; le cartilage a disparu et se trouve remplacé par du tissu fibreux rougeâtre.

D'autre part, derrière l'humerus, dans la cavité olécrânienne, se voit un œdème gélatineux tout à fait anormal, qui remplit la cavité et limite un peu les mouvements d'extension du cubitus, se trouvant alors comprimé et refoulé de tous côtés, notamment en haut, au-dessous du triceps. Cet œdème n'est pas enkysté, comme s'il s'agissait d'une bourse séreuse enflammée ; il est diffus et semble provenir d'une inflammation de la synoviale elle-même. On a

l'impression que du liquide synovial gélatineux et filant a été injecté sous une certaine tension dans les mailles du tissu cellulaire de la région.

Articulation du pouce droit. — On trouve sur les deux surfaces articulaires, une érosion des cartilages, occupant près du tiers de leur surface et située du côté de la face pulmonaire. Os sésamoïdes normaux.

Epaule droite. — Sur la tête de l'humérus au voisinage de la tubérosité bicéphale et au niveau du bord du cartilage, un petit point rouge, semblable à ceux qui ont été décrits, cavité glénoïde de l'omoplate normale.

Les autres articulations n'ont pas été examinées, mais l'absence de tout signe clinique permet de supposer leur intégrité anatomique.

Des inoculations avec le produit recueilli dans l'intérieur des articulations ont été faites au cobaye par M. L. Dor, elles ont toutes été positives, ce qui démontre bien la nature de l'affection. Disons aussi que chez l'un des cobayes, il y a eu reproduction de végétations valvulaires, trouvées chez la malade, fait important au point de vue médoctrinal, et sur lequel M. Dor se réserve d'attirer l'attention.

OBSERVATION II

Inédite, extraite du travail de M. Mailland : *du rhumatisme tuberculeux*

Rhumatisme tuberculeux. — Arthrite tuberculeuse du genou gauche consécutive à quatre attaques de rhumatismes articulaires aigus, frappant à intervalles réguliers et depuis quinze ans ce genou et les deux cous-de-pied. — Synovite à grains riziformes du poignet gauche. — Mort de cachexie tuberculeuse, granulie pleurale, etc.

Antoinette B..., 65 ans, lingère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le docteur Poncet, le 5 août 1900, pour une lésion du genou gauche.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Personnellement la malade n'a jamais eu de maladie sérieuse. Elle n'est pas mariée, jamais de grossesse.

Il y a quinze ans, elle fut atteinte pour la première fois d'un rhumatisme articulaire subaigu, localisé aux deux articulations tibio-tarsiennes et au genou gauche, mais les symptômes furent beaucoup plus marqués aux deux cous-de-pied qu'au genou. — Cette première attaque dura une quinzaine jours. Elle fut caractérisée surtout par de la douleur et de la tuméfaction ; la malade n'eut jamais de fièvre, ni de phénomènes généraux graves.

Au bout de quinze jours, Antoinette B... put reprendre son travail. Depuis cette époque, elle a eu fréquemment des attaques semblables, et toujours aux mêmes jointures. Ces attaques étaient accompagnées souvent de vives douleurs, mais jamais de phénomènes généraux. L'état général était bon. Elle se contentait ordinairement de se soigner par le repos, car elle ne supportait pas le salicylate de soude. Elle fut examinée par différents médecins, qui tous portèrent le diagnostic de rhumatisme articulaire subaigu. Elle s'enrhumait assez facilement, mais n'eut jamais d'hémoptysie. Divers examens ne révélèrent aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Pendant l'hiver de 1899-1900, elle fut exposée à différentes reprises à l'humidité, et souffrit plusieurs fois de son rhumatisme. Peu à peu celui-ci se localisa au genou gauche qui se tuméfia et devint chroniquement douloureux. Elle fut atteinte, à cette époque, d'une synovite du poignet.

C'est pour son genou gauche qu'elle vient à l'hôpital. A son entrée la malade est maigre, faible, sans appétit, mais elle ne tousse pas et ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Les deux articulations tibio-tarsiennes sont indemnes pour le moment, sauf des craquements qui se reproduisent dans tous les mouvements. De plus, ces mouvements répétés plusieurs fois, deviennent un peu douloureux,

Synovite à grains riziformes des extenseurs du poignet droit ayant débuté cinq ou six mois avant.

Le genou gauche présente des signes évidents de tuberculose articulaire d'une date certainement récente. La jambe est en demi flexion sur la cuisse qui est elle-même en abduction.

Le genou est globuleux, la peau lisse et tendue n'est pas enflammée.

Il n'existe pas de signe permettant d'affirmer la présence du liquide dans la synoviale, mais il y a un empatement et un épaissement considérable de celle-ci, marqué surtout dans le cul de sac supérieur. Le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse s'impose.

Les mouvements de flexion et d'extension spontanés ou provoqués sont très douloureux; au toucher on constate un point douloureux, fixe, sur le bord antérieur du plateau tibial. Ganglions dans l'aîne.

La malade refusant toute intervention sanglante, est immobilisée dans un appareil plâtré,

Mort de cachexie, le 1^{er} octobre.

L'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, révèle les particularités suivantes; granulations tuberculeuses abondantes sur les deux plèvres; les poumons sont congestionnés, mais ne présentent pas de lésions caractéristiques. Du côté du genou gauche, on note un épaissement considérable des tissus péri-articulaires; la synoviale est tapissée de fongosités, ostéite raréfiante sur le bord antérieur du tibia. Lésions d'une ostéo-tuberculose articulaire.

OBSERVATION III

Recueillie par M. le docteur Patel dans le service
de M. le Professeur agrégé Roque.

Ancienne pleurésie, tuberculose pulmonaire à évolution lente; **cavité** aux deux sommets, surtout à droite. Polyarthrite chronique déformante, spécialement des pieds, des mains et des genoux. — *Poussées aiguës généralisées intermittentes.* — Endocardite mitrale ancienne n'ayant pas déterminé de rétrécissement ou d'insuffisance appréciable, pas d'hypertrophie du cœur. — Endocardite aiguë mitrale terminale, avec péricardite sèche interne généralisée sans granulations, sans liquide.

M. M..., âgée de 38 ans (en l'année 1892) tisseuse, a fait à l'hô-

pital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, 77 mois de séjour dans l'espace de 9 ans (1892-1901). Elle a été successivement dans le service de MM. Lannois, Mouisset, Roque et Devic. Nous l'avons observé pendant six mois (1899) dans le service de M. le Professeur agrégé Roque, dont nous étions alors l'interne.

Antécédents héréditaires : père mort jeune, probablement de bacilliose, mère morte âgée, de maladie indéterminée.

Personnellement, elle a toujours été malade, notamment pendant son enfance ; plusieurs cicatrices d'adénopathies suppurées du cou. Elle est venue à Lyon, à l'âge de 12 ans, comme apprentie dans une maison où elle travaillait beaucoup et était assez mal nourrie.

Veuve, mari mort il y a trois ans, d'affection indéterminée ; a eu trois enfants, tous morts en bas-âge, de maladies inconnues.

En 1899, pleurésie survenue sans cause connue, six mois après un accouchement ; elle dura trois mois ; on ne fit pas de ponction.

En 1890, premières hémoptysies pour lesquelles la malade a fait un séjour d'un mois à l'hôpital.

C'est un mois environ après la guérison de la pleurésie que la malade a pris un rhumatisme articulaire aigu, qui a duré 15 jours. Depuis cette époque, de temps en temps, elle a eu des douleurs articulaires.

Le 2 décembre 1894, on trouve sur l'observation : amaigrissement toux fréquente, expectoration muco-purulente. Râles humides aux deux sommets, plus abondants à droite, avec respiration soufflante en avant ; en arrière, matité du sommet droit avec obscurité du murmure vésiculaire ; retentissement de la toux.

Le genou droit est volumineux, surtout au niveau de l'extrémité fémorale.

Cette tuméfaction a débuté, il y a trois semaines environ, par des douleurs assez vives, qui n'ont pas été calmées par le salicylate de soude que la malade a pris chez elle.

Les culs-de-sac sous-tricipitaux sont tuméfiés ; l'interligne articulaire douloureux à la pression ; les mouvements spontanés sont à peu près nuls ; les mouvements provoqués très douloureux. La peau n'est pas rouge.

Aucune autre articulation n'est prise; rien ne peut faire songer à une arthrite à gonocoques. Pas d'albuminurie.

Novembre 1895. Février 1896. — Hémoptysies légères il y a quelques jours. Il existe des déformations très marquées aux pieds et aux mains, elles sont survenues lentement; les mouvements des phalanges sont très limités. Le genou droit commence à se déformer; douleurs très vives dans cette articulation; des badigeonnages de salicylate de méthyle demeurent sans effet.

Les lésions pulmonaires sont très marquées à droite; l'examen des crachats a révélé l'existence du bacille de Koch.

Septembre 1897. — Dans le genou droit, les douleurs sont calmées; on note des craquements et un gros épaissement des cul-de-sac, les muscles de la cuisse et du mollet sont atrophiés.

Aux mains, les doigts sont en flexion avec rétraction des fléchisseurs et ankylose plus ou moins complète de certaines phalanges, surtout à droite. Aux pieds, les lésions sont peu accentuées. Rien aux mâchoires et à la colonne vertébrale.

Décembre 1898. — La malade qui s'était relativement bien portée durant toute l'année, a vu son état s'aggraver depuis trois semaines: à cette époque elle prit froid et recommença à cracher du sang; elle eut aussi pendant une douzaine de jours quelques petites hémoptysies, peu abondantes d'ailleurs.

Lésions pulmonaires avancées, surtout à droite.

Ces phénomènes pulmonaires s'amendèrent peu à peu.

Année 1899. — Les lésions pulmonaires persistent toujours, surtout à droite.

Les déformations articulaires sont les suivantes: les doigts sont un peu déviés sur le bord cubital de la main; l'affection prédomine à la main gauche. Au niveau des quatre derniers doigts, la deuxième phalange est fléchie sur la première à angle droit; le redressement est impossible, l'ankylose n'est complète véritablement que pour l'index; il n'y a pas de gonflement articulaire, pas de fongosités autour des articulations; les tendons ne sont pas rétractés, ainsi que l'aponévrose palmaire. Aux deux genoux, l'extension complète est impossible; elle est limitée par les muscles fléchisseurs; dans les mouvements on perçoit des craquements. Les extrémités

osseuses ne sont pas déformées, l'augmentation de volume de la région n'est qu'apparente et résulte de l'atrophie des muscles au voisinage des articulations malades; cette atrophie porte souvent sur le triceps gauche.

Le 25 mai 1899. — La malade a eu une poussée douloureuse généralisée à toutes les articulations, surtout accusée aux genoux, qui a cédé au bout de huit jours.

Les lésions pulmonaires ont continué à évoluer; dans le courant de l'année 1900, on a eu de l'infiltration très étendue des moitiés supérieures des deux poumons, et la formation d'une caverne à droite. Une endocardite aiguë est survenue quelques jours avant la fin.

La malade est morte le 1^{er} mai 1901.

Son autopsie faite par M. Devic a montré des lésions tuberculeuses typiques; au poumon droit symphyse totale, cavernes au sommet, infiltration dans toute la partie moyenne.

Au poumon gauche, caverne de petites dimensions au sommet. Granulations dans le reste du poumon.

Ganglions médiastinaux très développés, sclérose rénale manifeste.

Péricardite intense, généralisée; en aucun point, il n'y a de granulations.

Le cœur n'est pas hypertrophié; végétations rouges sur la mitrale l'orifice n'est pas modifié.

Le sujet étant réclamé, on n'a pu ouvrir les articulations périphériques.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du D^r L. Patel, de Lyon.

Rhumatisme articulaire aigu, précédant de quelques semaines une tuberculose pulmonaire aiguë. — Mort deux mois après.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, ouvrière en soie; une fille phthisique âgée de vingt-huit ans; le mari est mort il y a quelque temps; la malade a subi des fatigues, des privations, des chagrins.

Au moment de la visite du médecin, elle se plaignait de douleurs articulaires, datant de trois ou quatre jours, et s'était alitée ; la température, douleurs vives dans plusieurs jointures avec de la rougeur aux articulations. On ne pouvait porter que le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Rien au cœur et au rein. Le traitement par le salicylate de soude fut institué.

Trois jours après, les douleurs avaient diminué ; la fièvre persistait toujours. Le même traitement fut continué.

Dans la suite, les douleurs ont presque disparu, mais la fièvre persiste.

La malade se plaint de la fièvre, d'une insomnie complète, d'une perte énorme de forces ; elle est abattue et tousse un peu ; l'état paraît grave, mais rien, ni au cœur, ni au poumon, ne peut l'expliquer.

Quelques jours après, des craquements apparaissent à un sommet, puis, très rapidement, les lésions s'accroissent. Au bout de deux mois, la malade mourait en pleine tuberculose pulmonaire aiguë ; les phénomènes articulaires n'avaient pas reparu depuis le début des symptômes pulmonaires.

OBSERVATION V

Recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet.

Tuberculose pulmonaire ancienne. — Premières manifestations articulaires d'apparence rhumatismale remontant à deux ans. —

Il y a deux mois, rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme tuberculeux) avec localisation au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius droit. — Ostéoarthrite tuberculeuse suppurée de cette articulation. — Désarticulation du doigt. — Inoculations positives au cobaye.

D. J., âgée de quarante-cinq ans, tisseuse, demeurant à Bourgoin (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. Poncet, le 28 mars 1901.

On ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires. Enfant naturel, elle ignore si ses parents existent.

Personnellement, pas de maladie grave antérieurement ; dans son enfance, elle a eu des adénites cervicales nombreuses qui n'ont disparu qu'au moment de la puberté ; pas de signes de kératite ou d'olite moyenne. Réglée à onze ans, très régulièrement ; actuellement, les règles sont irrégulières (ménopause).

Mariée : une fille de treize ans qui a eu des adénites cervicales, une olite moyenne.

La malade n'a jamais été très robuste ; elle exerce un métier pénible, elle travaille dix heures par jour. Son alimentation est régulière et suffisante. Elle est sujette à s'enrhumer, elle a toussé beaucoup, a craché souvent du sang. Depuis trois ans, chaque hiver, les phénomènes pulmonaires ont augmenté : la toux est devenue plus fréquente, avec des crachats purulents, parfois striés de sang.

Les premiers phénomènes articulaires datent de deux ans ; à ce moment, la malade a eu des douleurs dans la hanche gauche. On la soigne pour une névralgie sciatique. Le tout dura quinze jours ; il y eut un peu de température et quelques phénomènes généraux. A la suite de cette attaque douloureuse, aucun autre symptôme.

Il y a deux mois, subitement, sans cause connue, sans phénomènes précurseurs, la région du cou-de-pied droit se tuméfia, devint très douloureuse, empêchant complètement la marche ; il y eut de la température, de l'insomnie, la région devint rouge, tendue, si bien que l'on crut un instant à un abcès prêt à s'ouvrir ; il n'en fut rien.

Quinze jours après, la douleur s'atténuait, la tuméfaction s'atténuait, l'articulation devenait peu à peu mobile.

Les phénomènes aigus du côté du pied droit avaient à peine disparu que les deux épaules se prirent ; il y eut de la douleur, un peu de gêne dans les mouvements ; un vésicatoire fut placé sur la région malade et les douleurs cessèrent assez vite.

En même temps, la main droite en entier se prenait. Déjà, au début des douleurs du pied, la malade se plaignait bien d'une certaine gêne dans les mouvements des doigts et des poignets ; c'est seulement lorsque les phénomènes douloureux du côté des autres

articulations s'atténuèrent, que les doigts furent immobilisés. Le médius devint très rapidement rouge, tuméfié, les autres doigts furent enraidis ; tout mouvement était très douloureux.

Les phénomènes aigus semblent s'être localisés spécialement sur le médius ; celui-ci devint volumineux ; un abcès se forma au niveau de l'articulation de la deuxième et de la première phalange ; il s'ouvrit et s'écoula un peu de pus lié, jaunâtre.

A peu près, à la même époque, le coude droit s'enraidit et devint douloureux ; cependant tout disparut assez vite du côté de cette articulation.

La malade vient à l'hôpital surtout pour des lésions persistantes du côté du médius.

Voici ce que révèle son examen :

1. *Membre supérieur droit.* — Le médius présente un gonflement au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange ; le doigt a l'aspect d'un fuseau, la peau est rouge ; il existe une petite ulcération du côté externe ; la lésion semble localisée à l'articulation ; tout mouvement de celle-ci est impossible et douloureux.

Dans les mouvements provoqués, on note un bruit de noix caractéristique, indiquant l'usure, la disparition des cartilages.

La gaine du médius est intacte.

Les autres doigts n'ont pas de lésions apparentes ; les mouvements des phalanges sont incomplets et douloureux ; au petit doigt, l'articulation de la première et de la deuxième phalange est en flexion presque totale ; l'ankylose est complète.

Les ongles sont recourbés en bec de perroquet.

Rien au poignet.

Au coude, pas de craquements.

A l'épaule, craquements légers, passagers.

Pas de ganglion épitrochléen ; sous l'aisselle, on note un empatement diffus ; il y a eu, paraît-il, des ganglions qui ont disparu.

2. *Membre inférieur droit.* — L'articulation tibio-tarsienne présente un gonflement marqué à la région externe ; la malléole externe est douloureuse à la pression ; les coulisses des péroniers sont œdéma-

liées ; quelques points douloureux diffus péri-articulairès ; quelques craquements pendant les mouvements.

Pas de douleur à la pression du talon. Pas de ganglions inguinaux.

Les autres articulations sont absolument indemnes.

Examen des poumons. — Légère submatité au sommet gauche ; matité plus marquée au sommet droit.

A gauche, respiration rude ; ni râles, ni craquements, ni bronchophonie.

A droite, craquements passagers après la toux ; gros râles muqueux au niveau du milieu des poumons.

Rien aux bases.

Le reste de l'examen de la malade est négatif ; pas de température, pas d'albumine dans les urines.

9 avril 1901. — Désarticulation du médius avec résection de la tête métacarpienne correspondante. Pansement à plat.

La malade quitte l'hôpital quinze jours après, guérie de son amputation ; les phénomènes articulaires persistent toujours.

Des inoculations faites au cobaye par M. L. Dor ont été positives.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. F. Bezançon, à la Société Médicale des Hôpitaux
(séance du 18 octobre 1901)

et extraite du Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux
(n° du 24 octobre 1901)

Pseudo-rhumatisme tuberculeux. — Tuberculose généralisée
des séreuses. — (séro-diagnostic positif).

X..., âgée de 24 ans, ne présente aucun antécédent tuberculeux, et a toujours joui jusque là d'une bonne santé, troublée seulement par quelques crises d'hystérie. Fille d'alcoolique, elle a un peu abusée de vin pur, de la bière et aussi des essences.

Le début de la maladie remonte au mois de février 1900, et se traduit par une faiblesse générale que rien n'explique en apparence, et de temps à autre, par des syncopes.

En juillet 1900, on constate pour la première fois, une hydarthrose du genou, qui prend subitement un développement considérable et ne cède qu'au bout d'un mois, après compression énergique et application de pointes de feu.

Cette hydarthrose est bientôt suivie de phénomènes articulaires qui rappellent la polyarthrite rhumatismale.

Toutes les grandes articulations sont le siège de douleurs extrêmement vives, de tuméfaction et de rougeur; les fluxions sont mobiles et ne se cantonnent guère plus de huit jours sur une même articulation.

La polyarthrite s'accompagne d'un état général grave avec anorexie totale, nausées, céphalalgie, fièvre oscillant entre 38 et 40 degrés.

Le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, ne déterminent aucun soulagement.

Pendant six mois, les accès de polyarthrite avec fièvre élevée se succèdent sans interruption, déterminant un état d'anémie extrême.

En décembre 1900, époque à laquelle nous voyons la malade pour la première fois, celle-ci souffre de l'articulation du coude et de l'épaule droite, qui sont le siège d'un gonflement très marqué; la peau, au niveau de l'articulation, est rouge et chaude, extrêmement œdématiée; l'impression est qu'il s'agit de pseudo-rhumatisme infectieux, et non d'arthrite rhumatismale. La température est très élevée, aux alentours de 40 degrés, à grandes oscillations; les sueurs sont extrêmement abondantes, surtout la nuit.

La malade est d'une pâleur extrême; les muqueuses sont décolorées; à l'auscultation du cœur on perçoit un souffle systolique très intense au niveau de la pointe, le pouls est régulier.

L'examen de la poitrine décèle, au niveau de la plèvre droite, la présence d'un épanchement.

La rate est très volumineuse, et perceptible à la palpation sous le rebord costal.

La pâleur extrême de la malade, l'hyperthrophie de la rate pouvant être symptomatique d'un état leucémique, l'examen du sang

de la malade est pratiqué par le docteur Leredde, qui ne constate pas de leucocytose appréciable.

Dans l'hypothèse d'un kyste suppuré de la rate avec pleurésie de voisinage et pseudo-rhumatisme infectieux, nous pratiquons une ponction exploratrice de la plèvre et retirons un liquide citrin, clair.

Le cytodiagnostic de ce liquide, pratiqué suivant la technique de Widal et Ravaut, révèle la présence de nombreux lymphocytes, sans cellules endothéliales, ni leucocytes polynucléaires. De décembre à avril, la malade continue à avoir de la fièvre à grandes oscillations, la température s'élevant parfois jusqu'à 41 degrés ; l'accès s'accompagnant le plus souvent de sueurs profuses ; l'hyperthermie coïncide en général avec de nouvelles poussées d'arthrite, des coudes, des genoux, de la hanche ; ces poussées s'espacent d'ailleurs de plus en plus, et finissent même par disparaître.

L'épanchement constaté au niveau de la plèvre gauche ne tarde pas à diminuer et des frottements succèdent au silence respiratoire qu'on percevait à la base du thorax. Les frottements sont d'ailleurs perçus dans toute la hauteur de la plèvre, aussi bien au sommet qu'à la base ; on les perçoit aussi au niveau de la plèvre droite, mais en moins grand nombre.

Le ventre de la malade est tuméfié, douloureux spontanément et à la pression, surtout lorsqu'après avoir examiné la paroi, on fait une décompression brusque ; le tympanisme est extrêmement marqué, et l'on constate tous les signes d'un épanchement libre dans la cavité péritonéale.

La malade a de l'anorexie, souvent des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation.

En avril, pour la première fois depuis un an, les poussées d'arthrite et de périarthrite disparaissent, les sueurs deviennent moins abondantes, l'appétit reparait ; cependant l'anémie reste extrêmement marquée et la malade a peine à se tenir debout. Le souffle systolique persiste à la pointe ; la rate extrêmement volumineuse, déborde de plusieurs travers de doigt les fausses côtes et tend à pointer vers l'ombilic. L'amélioration est de courte durée ; la malade accuse une céphalée extrême, les urines deviennent rares, albumineuses et sanguinolentes, les membres inférieurs sont œdéma-

tiés. Après quelques semaines de régime lacté, l'œdème des membres inférieurs diminue, l'albumine disparaît et la malade peut quitter Paris pour la campagne. Là, au bout de quelques jours, la fièvre qui avait été très peu élevée pendant les périodes précédentes reparait, accompagnée de frissons et de sueurs profuses ; la malade a du délire nocturne, de l'anorexie complète, elle vomit tous les aliments, même le lait ; le ventre est très ballonné, douloureux ; le foie est tuméfié, la rate, extrêmement augmentée, descend jusqu'à l'ombilic, dans le péritoine, on constate du liquide en assez grande quantité.

Dans les premiers jours de juillet, la malade meurt, après avoir présenté de la raideur de la nuque, une agitation extrême et un état comateux terminal.

Telle est reconstituée dans ses grandes lignes, l'observation de cette maladie, qui dura dix-huit mois ; elle peut se résumer de la façon suivante :

Une jeune femme jusque-là bien portante est atteinte, après une longue période de fatigue générale, d'hydarthrose du genou, puis d'une série ininterrompue de manifestations sur le système séreux.

Pendant toute la première partie de la maladie, il s'agit de localisations sur les séreuses articulaires et sur l'endocarde, comme dans le cas de rhumatisme ou de pseudo-rhumatisme infectieux ; pendant la seconde, il s'agit de localisations sur les deux plèvres et sur le péritoine, enfin de localisation ultime sur les méninges, comme on l'observe si souvent au cours de l'infection par le bacille tuberculeux.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. le professeur Poncet à l'Académie de Médecine
(séance du 21 octobre 1901).

Séro-diagnostic positif.

C'est un homme de quarante-neuf ans, exerçant la profession pénible de voiturier. On relève dans ses antécédents héréditaires, la mort, par tuberculose pulmonaire, d'une sœur, à l'âge de vingt six ans.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouve aucune tare sérieuse, en dehors d'excès alcooliques qui ne paraissent pas l'avoir trop entamé, tout au moins jusqu'à ces derniers temps.

Il est marié, a eu six enfants bien portants, sa femme est également en bonne santé.

Lorsqu'on l'interroge avec soin, il raconte cependant qu'il aurait eu au cou, vers l'âge de quatorze ou quinze ans, des ganglions hypertrophiés qui ont, du reste, disparu sans traitement; puis, à l'âge de vingt-huit ans, une sciatique droite qui, traitée à l'Hôtel-Dieu, guérit rapidement. Il s'enrhumait aussi facilement, ce qui, dans sa profession, lui paraît tout naturel. Il n'a jamais eu d'hémoptysies et ses rhumes ont toujours complètement guéri.

Au mois de juillet 1900, il est malade pour la première fois. Il présente des localisations articulaires de tels caractères, qu'entré à l'hôpital, il est considéré comme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. D'après son récit, la médication salicylée, à laquelle il fut soumis, ne donna pas de résultats. Lorsqu'un mois après son entrée, il quitta l'Hôtel-Dieu, le genou et le cou-de-pied droits étaient encore le siège d'un peu de gonflement indolore.

Pendant près d'un an, il resta bien portant, mais le 26 juin dernier, il est pris tout à coup, sans cause appréciable, comme au mois de juillet précédent, des mêmes accidents articulaires. Nouvelle entrée à l'hôpital dans un service de médecine et nouveau diagnostic

de rhumatisme articulaire aigu, avec localisation seulement au genou et au coup-de-pied droits. Le salicylate de soude, l'antipyrine restèrent encore sans action nette, tout au moins pour l'articulation du genou. L'allure des lésions articulaires fémoro-tibiales devint bientôt telle que le malade est envoyé en chirurgie pour cette arthrite tenace, et il entre dans le service de M. le professeur Poncet, le 29 juillet dernier.

A ce moment le diagnostic pathogénique était encore hésitant, et M. le Dr Delore porte le diagnostic provisoire de rhumatisme infectieux, de cause indéterminée (?).

L'articulation fut immobilisée dans un plâtre, et à tout essai, de l'iodure de potassium fut donné au malade.

Loin de s'amender, l'état local s'aggrava et le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeux sembla le plus probable. En dehors des signes cliniques, il devint bientôt une réalité.

Du liquide séreux, légèrement louche, retiré par une ponction de l'articulation et injecté à un cobaye, le rendait tuberculeux. La séro-réaction pratiquée à la même époque par M. P. Courmont, donnait aussi un résultat positif.

A ce moment, le genou droit était très tuméfié, la peau lisse, rosée.

La jambe était en demi-flexion sur la cuisse et les mouvements provoqués réveillaient une vive douleur. La palpation était également très douloureuse, mais la douleur provoquée était diffuse, généralisée à toute l'articulation, sans point fixe. Nulle part on ne sentait de fluctuation ou ne percevait d'empatement fongueux. Par de blennorrhagie.

Le malade toussait un peu. L'auscultation révélait seulement de gros râles de bronchite disséminés. L'examen des autres organes ne fournait aucune donnée nouvelle.

Aujourd'hui (octobre 1901), les symptômes locaux et généraux se sont notablement modifiés. Le genou est le siège d'un gonflement des plus apparents, d'un empatement diffus, d'une résistance fongueuse, effaçant tous les méplats articulaires et donnant à l'arthrite une forme globuleuse. La rougeur a disparu, la peau est lisse, blanche. Les mouvements provoqués sont encore douloureux, moins

toutefois qu'au début. La palpation n'est plus douloureuse uniformément. La douleur est localisée en deux points fixes en dedans, au niveau de l'interligne articulaire et de l'extrémité supérieure du tibia. Les signes cliniques sont nettement ceux d'une ostéo-arthrite fongueuse.

Le malade tousse et a beaucoup maigri. Transpirations nocturnes, inappétence. A l'auscultation des poumons, on constate des râles fins et des craquements aux deux sommets, surtout à gauche. Rien de particulier du côté des autres organes.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le Dr Contamin, de Lyon.

Rhumatisme articulaire aigu des deux genoux et de la hanche gauche, précédant d'un mois l'apparition des signes de la tuberculose au début.

M^{lle} D. G., vingt-deux ans, a perdu sa mère d'une maladie de poitrine, un frère a succombé à la même maladie.

Grande, frêle, délicate, sans être souvent malade. Elle a eu la rougeole l'année passée, dans le cours d'une épidémie. La maladie évolua simplement et ne laissa rien d'anormal.

Cette année, au commencement d'octobre, après deux jours de courbature fébrile, apparut une éruption rubéolique sur tout le corps. La malade toussait un peu, avait de la fièvre. Trois ou quatre jours après, l'éruption disparut, mais la malade continua à avoir de la fièvre.

La semaine suivante, douleurs rhumatoïdes dans les genoux avec gonflement péri-articulaire, mais sans épanchement dans les articulations. L'articulation coxo-fémorale gauche se prend à son tour quelques jours après. Comme traitement : un vésicatoire sur le genou gauche et 1 gr. 50 de salicylate de soude, interrompu après deux ou trois jours, dans la crainte d'une jetée sur le cœur (souffle

à la base, avec un peu d'arythmie). La fluxion articulaire disparut, mais la fièvre persistait toujours, malgré la quinine.

Au commencement de novembre, toux légère. On ne trouve rien d'anormal aux sommets, lorsque la malade fut prise tout à coup d'une hémoptysie abondante.

A ce moment, souffle au sommet droit, quelques râles fins, inspiration saccadée. Vibrations augmentées. Submatité.

Les hémoptysies se renouvelèrent plusieurs fois, mais moins abondantes. La fièvre finit par disparaître, mais l'état local ne s'amenda pas notablement. La submatité, le souffle, les craquements persistèrent, mais l'état général s'étant un peu amélioré, la malade put partir pour Hyères, le 6 décembre 1901.

OBSERVATION IX

Recueillie dans le service de M. Poncet par M. Bénici, interne

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. — Trois attaques dans l'espace de 6 ans. — Arthrite de l'épaule droite.

G. A., 25 ans, forgeron, entre le 14 décembre 1901, dans le service de M. le Professeur Poncet, salle Saint-Philippe, lit n° 17. Père mort de maladie d'estomac, mère en bonne santé. Une sœur morte à 20 ans, de méningite, en quinze jours. Trois autres frères en bonne santé.

Personnellement, s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de glandes, pas de signes de bacillose pulmonaire. Marié; un enfant mort à six mois, de dysenterie. — Pas de blennorrhagie, ni de chancre.

En 1897, attaque de rhumatisme articulaire aigu dans les membres inférieurs qui dure trois mois. Salicylate (5 grammes par jour pendant 20 jours). Pas de résultat.

En 1899, nouvelle attaque aux membres inférieurs.

En 1899, après des travaux exagérés, il ressentit des douleurs dans le poignet droit, avec un peu de gonflement. Depuis cette année au

mois d'avril, il souffre de son épaule droite ; début brusque pendant la nuit, il y avait de la douleur et du gonflement. Depuis deux mois, le malade ne peut plus travailler. Les mouvements sont douloureux et le malade déclare également avoir perdu ses forces.

Actuellement, assez bon état général, pas amaigri, fonctions digestives normales.

Localement, épaule droite légèrement plus volumineuse que l'autre dans son ensemble, mais il n'y a pas de déformation apparente. La palpation ne permet de sentir aucune fongosité ni aucun cul-de-sac tendu à droite, elle décèle de nombreux craquements assez gros, dans les mouvements. Deux points douloureux, l'un en avant sur la face antérieure de l'humérus au-dessous de la tête, l'autre en arrière, au point correspondant.

Les mouvements d'élévation du bras sont normaux, mais provoquent dans l'article une douleur qui s'irradie le long du paquet vasculo-nerveux en avant. Le mouvement par lequel le malade porte sa main en arrière entre les deux épaules est très limité ; du côté sain, le malade peut toucher avec son poignet l'espace interscapulaire au niveau de l'épine. Du côté malade au contraire, il peut à peine l'élever au-dessus de la région lombaire.

Pas d'atrophie musculaire.

Rien à l'auscultation des sommets.

Le poignet droit est un peu volumineux et douloureux.

Le séro-diagnostic a été pratiqué le 16 décembre ; nous n'en connaissons pas encore le résultat.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le professeur Poncet.

Rhumatisme tuberculeux articulaire aigu, laissant à sa suite une coxo-tuberculose gauche.

M^{me} T., âgée de 21 ans, vient consulter M. Poncet le 16 décembre 1901, pour une affection douloureuse de la hanche gauche qui n'est autre, comme le montre l'examen, qu'une coxalgie.

Son histoire est la suivante : elle est fille unique, son père et sa mère sont bien portants et n'ont pas eu d'autres enfants. On ne trouve aucun antécédent familial bacillaire

Enfant, jeune fille, elle a toujours eu une bonne santé. Elle s'est mariée à 17 ans et demi. Quatre mois après son mariage, elle était enceinte de trois mois, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu des plus douloureux. Les douleurs débutèrent par les articulations des membres supérieurs, puis elles envahirent toutes les jointures. Le diagnostic porté par deux médecins traitants fut : rhumatisme articulaire aigu. On donna d'abord le salicylate de soude à haute dose, puis, en présence de son inefficacité, de l'antipyrine qui ne réussit pas mieux. La malade fait remarquer que tous les moyens employés n'entraînèrent aucun soulagement. Elle ajoute même assez ironiquement qu'elle ne commença à mieux aller que lorsqu'on cessa toute médication. Cet état aigu avec douleurs violentes et, en particulier, si vives dans la jambe gauche que les plus légers chocs et mouvements faisaient pousser des cris à la malade, durèrent une quinzaine de jours. Mais elle dut garder le lit pendant trois mois environ et les signes d'une coxalgie persistant, elle fut placée dans une gouttière Bonnet. Passé ce temps, elle cominença à se lever, puis essaya de marcher avec des béquilles, la hanche gauche restant douloureuse. Elle accoucha le 15 décembre 1899, d'une petite fille actuellement vivante et bien portante. L'accouchement et les suites de couches furent simples et aux dires de la malade, sans aucun retentissement sur la hanche gauche. Depuis cette époque, l'arthrite coxo-fémorale gauche est restée à peu près stationnaire. La malade a eu des périodes d'amélioration ou d'aggravation caractérisées surtout par des douleurs plus ou moins vives et une gêne plus ou moins grande pendant la marche, suivant qu'elle pouvait plus ou moins garder le repos.

An mois d'avril 1900, elle prit les conseils d'un chirurgien qui l'aurait anesthésiée et qui lui aurait conseillé ensuite de faire des mouvements, de marcher et d'aller quelque temps à la campagne. Probablement sous l'influence des manœuvres et des mouvements, les douleurs articulaires augmentèrent et la malade dut se servir de nouveau de béquilles pendant sept à huit semaines.

Elle eut en 1901 une nouvelle grossesse et elle accoucha le 3 juillet dernier. L'état de la hanche reste encore une fois stationnaire et ne subit, au dire de la malade, ni aggravation, ni amélioration. L'enfant est mort deux mois après, probablement d'athrepsie il se nourrissait très mal et sa faiblesse augmentait de jour en jour.

Dans ces trois dernières années, M^{me} M., a beaucoup maigri et a perdu les apparences de sa belle santé antérieure. L'examen des divers organes ne révèle cependant aucune lésion, aucun trouble fonctionnel. Elle ne tousse pas, et depuis son rhumatisme articulaire aigu, elle n'a jamais eu d'autres douleurs.

Un examen méthodique de la hanche gauche pratiqué sous l'anesthésie révèle une coxalgie à forme plutôt sèche, plastique. Nulle part en effet on ne trouve d'abcès, d'empâtement fongueux. L'impression est particulièrement douloureuse en arrière du trochanter et en avant au-dessous du pli de l'aîne, au niveau de la tête. Les mouvements sont très limités par le fait de la contraction des masses musculaires, en particulier du psoas. En un mot, on trouve tous les signes d'une coxo-tuberculose non suppurée.

DEUXIÈME VARIÉTÉ

Le second groupe comprend des malades, reconnus tuberculeux, médicaux ou chirurgicaux, qui au cours de leur maladie, sont atteints d'une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, frappant des jointures variées et disparaissant sans se localiser sur une articulation en particulier. Ce qui subsiste après l'attaque ce sont généralement des signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

Telles sont les observations XI, XII, XIII, XIV, que nous rapportons. En présence de faits semblables, la dissociation des deux affections nous paraît difficile ; il serait en effet illogique d'admettre que deux maladies également infectieuses et aussi dissemblables que le rhumatisme et la tuberculose puissent évoluer simultanément, chacune pour leur propre compte, et sur le même sujet.

OBSERVATION XI.

Publiée par M. Galliard, dans le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. (Numéro du 31 octobre 1901).

Clémentine P..., âgée de dix-sept ans, entre le 15 février 1896, à l'hôpital Tenon, salle Claude-Bernard, lit n° 20.

Sa mère est morte phtisique à trente-deux ans ; deux sœurs sont mortes à trois mois et à cinq mois ; son père est bien portant. Réglée à l'âge de douze ans, elle a toujours été anémique et disposée à s'enrhumer facilement. Jamais de maladie grave jusqu'au commencement de cet hiver.

Depuis deux mois environ, la malade tousse et crache ; elle dit avoir craché du sang le mois dernier. Elle a eu des sueurs nocturnes. Depuis un mois elle souffre de l'estomac. Elle manque d'appétit. Elle a maigri : L'auscultation révèle des craquements au sommet gauche. Subinathité en avant, sous la clavicule gauche, l'estomac est fort dilaté.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire me paraît incontestable. J'institue immédiatement la cure par les injections intramusculaires d'huile gâfacolée et la suralimentation.

A la fin de février, le résultat obtenu est déjà satisfaisant. La fièvre qui existait les premiers jours a cédé ; l'appétit est meilleur ; les craquements du sommet gauche se sont atténués. Je prescris, après une courte interruption, la reprise du traitement par les injections de gâfacol.

Le 22 mars, la malade a un violent frisson. T. R. 38° 5 le matin, 39° 6 le soir. Douleurs vives au niveau de l'épigastre. L'estomac est énormément dilaté et tympanisé. Interruption des injections de gâïacol. Injection de morphine. Glace sur l'abdomen.

Le 23 mars, la température s'est abaissée à 38° 4, mais le pouls reste rapide (120 pulsations), et la respiration accélérée (30). Dyspnée, facies abdominal nettement caractérisé, ventre ballonné, très sensible à la pression. Vomissements bilieux; diarrhée bilieuse. Pas de crachats.

Impossible de ne pas penser à la granulie avec détermination péritonéale.

Au sommet gauche, rien de nouveau. Mais à la base du même côté, en avant, je découvre un souffle tubaire; au même point la percussion révèle de la matité. J'admets un foyer de peuro-pneumonie.

Champagne. Chlorhydrate de cocaïne. Onctions calmantes. Le soir, 38° 4.

Le 24 mars, 36° 5. P., 120. R., 60. Même facies abdominal; céphalalgie, hypéresthésie, raie méningitique, rougeur de la pommette gauche. Muqueuse buccale sèche, rouge, luisante. Encore des vomissements. Le souffle tubulaire de la base gauche s'est atténué; pas de râles crépitants; pas de crachats visqueux. Le soir, 37° 8.

Le 26 mars, la dyspnée est moindre: 40 respirations par minute. T., 37° P., 110. L'estomac est moins distendu, le ventre moins douloureux à la pression. La malade n'a pas dormi, mais elle a cessé de vomir; l'hypéresthésie est moins accentuée, la raie méningitique persiste, je ne constate plus le souffle de la base gauche; pas de râles, pas de crachats colorés. Le soir, 37° 8.

Le 27 mars, T., 37° 2. P., 120. Respiration normale. Au point où j'avais constaté le souffle existent actuellement des râles fins et une matité qui se continue avec la matité splénique augmentée. Le soir, 37° 4.

Le 28 mars, 37° 5 et 39° 2.

Le 29 mars, 37° 6. Nuit agitée; vomissements alimentaires. La douleur thoracique est si vive qu'on a beaucoup de peine à examiner la malade. Je constate cependant à gauche la disparition des râles et le retour du souffle tubaire. Le soir, 39° 8.

Le 30 mars, 37° 6. La malade se plaint d'avoir les mains gonflées et douloureuses. Je constate la tuméfaction des articulations des doigts ; j'admets un pseudo-rumatisme infectieux. Le soir, 39° 5.

Le 31 mars, 37° 8 et 39° 3. La matité augmente à la base gauche. Il n'y a pas de râles, mais seulement du souffle à la région diaphragmatique. Ventouses scarifiées, sulfate de quinine 1 gramme.

Le 1^{er} avril, 37° 4 et 40° Même état, les vomissements se reproduisent.

Le 2 avril, 38° 2 et 39°

Le 3 avril, 38° et 39° 2. L'œdème existe aux deux mains, plus accentué à droite. C'est surtout de ce côté qu'on observe la tuméfaction douloureuse des articulations des doigts.

Le 4 avril, 37° 8 et 38°. La malade est plus calme. L'hypéresthésie moins accentuée, la région diaphragmatique gauche moins douloureuse. Mais l'œdème des mains persiste et je note, en outre, le rhumatisme des deux genoux. Le genou gauche plus gonflé que l'autre, est le siège d'une fluctuation manifeste ; il y a donc hydarthrose aiguë.

Le 5 avril, 37° 8 et 38° 1. Sueurs profuses pendant la nuit. Hydarthrose des deux genoux. Rhumatisme persistant des doigts. Rhumatisme des articulations médio-tarsiennes.

Le 6 avril, 37° et 38° 8. Dès lors, la température ne s'élève guère au-dessus de 37°.

Le 8 avril, sueurs profuses, sudamina à la poitrine et à l'abdomen. L'hydarthrose des genoux persiste sans grande modification. Aux mains et aux pieds, le rhumatisme s'atténue.

Le 11 avril, les sueurs sont toujours abondantes. Les téguments de la région sacrée commencent à se sphaceler. Un abcès se forme à la face externe de la cuisse droite, où des injections hypodermiques ont été pratiquées jadis. Le pseudo-rumatisme s'atténue. Apyrexie.

Le 12 avril, l'abcès est incisé ; un grand verre de pus s'en écoule. Les articulations sont presque complètement dégagées.

Le 13 avril, le pseudo-rumatisme a disparu ; les articulations sont indolentes. Je reviens à l'examen de la base gauche du thorax. La matité existe en arrière et dans l'aisselle, mais sur une très fai-

ble hauteur. Elle n'est pas absolue au niveau de l'espace de Traube, car le diaphragme est refoulé par l'estomac toujours sympanisé. La région diaphragmatique gauche est le siège d'un souffle qu'on ne retrouve pas plus haut. Le sommet gauche présente des râles sous-crépitaux. A droite, au sommet, respiration rude. Rien au cœur.

Le 20 avril, mêmes signes de pleurésie diaphragmatique à gauche.

Le 1^{er} mai, quelques bouffées de râles fins à la base gauche, en avant. Craquements humides au sommet.

Le 25 mai, je recommence des injections intra-musculaires d'huile gâicoolée. Pointes de feu sous la clavicule gauche.

Le 8 juin, hémoptysie.

Le 20 juin, les signes de tuberculose persistent aux deux sommets, surtout à gauche. Submatité à la base gauche. L'estomac est considérablement dilaté. Malgré l'amélioration apparente de l'état général, la malade n'a pas augmenté de poids depuis quatre semaines. Elle demande à quitter l'hôpital. Dès lors, j'ai le regret de la perdre complètement de vue.

En résumé, voilà une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire à marche lente, et qui brusquement, offre les signes d'une granulie à déterminations péritonéales et pleuro-pulmonaires. Huit jours après l'apparition, et pendant la décroissance de ces accidents aigus, survient le pseudo-rhumatisme, localisé d'abord aux jointures des doigts, puis aux genoux et aux articulations médio-tarsiennes. Ce pseudo-rhumatisme dure quatorze jours ; il respecte le cœur ; sa disparition succède à l'ouverture d'une collection purulente de la cuisse, qui paraît jouer le rôle d'un abcès de fixation. La pleurésie cède ensuite. Au moment où la malade se dérobe définitivement à l'observation, elle ne conserve que des signes de tuberculose pulmonaire.

Il n'est assurément pas douteux que l'attaque de rhumatisme qu'a présentée cette jeune fille à un moment donné, était intimement liée à ses lésions bacillaires.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin

Ostéite iliaque de nature tuberculeuse. — Rhumatisme tuberculeux aigu polyarticulaire

F. L..., âgé de 16 ans, est vu le 5 octobre 1898 par M. le Docteur Rafin ; sa mère est vivante, tuberculeuse pulmonaire ; lui-même a eu une bronchite il y a cinq ans. Il vient pour une douleur à la racine de la cuisse droite, survenue il y a trois semaines, disparaissant au repos, mais gênant la marche. Les articulations du genou et de la hanche sont indemnes, ainsi que la colonne vertébrale ; il y a des ganglions à l'aine des deux côtés, surtout à droite on constate dans la fosse iliaque droite une induration qui siège au voisinage immédiat de l'os iliaque, près de l'épine iliaque antéro-inférieure. L'état général est médiocre, l'enfant est pâle et présente un certain degré d'infantilisme, pas d'albumine.

24 mai 1898. — Le malade a gardé le repos ; l'induration a augmenté ; elle occupe une portion étendue de la fosse iliaque, s'étend en haut jusqu'à la crête iliaque et en dedans jusqu'à l'épine du pubis. Le diagnostic est hésitant entre une ostéite iliaque et une adénite. Le malade quitte l'hôpital.

5 novembre 1899. — Le malade revient avec un gros abcès froid de la région antéro-externe de la cuisse droite, descendant à 20 centimètres de la crête iliaque. L'induration se sent nettement contre la face interne de l'os iliaque ; le diagnostic d'ostéite iliaque s'impose. L'abcès est incisé sur toute sa longueur. Son contenu est épais, fibrineux et renferme un petit fragment osseux ; l'abcès conduit sur un foyer osseux siégeant entre les deux épines iliaques

antérieures. Il existe une véritable trépanation de l'os ; le trajet est rempli de fongosités ; le bord antérieur de l'os est enlevé de manière à transformer le tunnel osseux en une large tranchée ouverte en avant. Curetage, cautérisation, pansement plat.

9 novembre. — Bon état, pas de température.

17 novembre. — Brusque ascension de la température qui atteint 39° 2 ; en même temps, symptômes de rhumatisme. La crise a débuté par des douleurs à l'index, puis à l'auriculaire, puis au poignet et, enfin, à l'épaule ; tout ceci à droite. Le poignet est un peu tuméfié, les mouvements du poignet et de l'épaule sont douloureux. Le malade prend six grammes de salicylate de soude en six jours ; pendant les quatre derniers jours, il a pris quatre grammes d'antipyrine par jour. La crise a duré treize jours ; le genou droit a été douloureux quelques jours après ; mais cette localisation a été peu importante ; elle ne s'est à peu près pas accompagnée de gonflement ; la température s'est élevée à 39°.

10 janvier 1900. — Le malade n'a plus eu de fièvre ni de douleur. Le trajet fistuleux est cicatrisé.

6 février 1900. — Le malade revient en se plaignant d'une douleur siégeant dans la colonne vertébrale, localisée à la première vertèbre dorsale. Petite saillie en arrière de la vertèbre ; la pression est douloureuse en ce point ; les mouvements de la tête sont un peu gênés.

25 février 1900. — Le malade a gardé le repos jusqu'à ce jour ; son état s'est amélioré. On pense qu'il s'agit d'une poussée articulaire semblable aux précédentes.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. le Professeur Poncet

Rhumatisme articulaire aigu dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. — Mort quelques années plus tard avec des signes de méningo-encéphalite tuberculeuse.

Père mort de tuberculose pulmonaire à 36 ans.

Le malade qui, jusqu'alors avait été bien portant, eut une première hémoptysie à l'âge de 20 ans ; il abandonna alors la profession pénible d'employé au télégraphe qu'il exerçait et, sous l'influence d'un repos relatif et d'un traitement général, son état s'améliora. Il put se considérer comme guéri. Le fait est qu'à l'âge de 26 ans, il se maria, et cela sur l'autorisation de son médecin qui n'avait vu, dans l'état de ses poumons, aucune contr'indication au mariage.

Un an après, il fut atteint d'une nouvelle hémoptysie ; il crache près d'un verre de sang. Pendant près de trois mois, ces hémoptysies, beaucoup moins abondantes, se répétèrent de temps en temps et le malade alla passer son hiver à Menton. C'est à cette époque, à l'âge de 27 ans, qu'il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui, d'après les renseignements donnés, paraît avoir frappé la plupart des articulations. Il garda le lit pendant une quinzaine de jours et fut soumis à la médication salicylée à haute dose qui, paraît-il, ne donna pas de grands résultats. Quoiqu'il en soit, il guérit complètement de ces diverses manifestations articulaires et, depuis lors, il n'en présenta pas d'autres.

La tuberculose pulmonaire continua d'évoluer. Le malade put néanmoins vaquer à ses occupations d'employé au télégraphe. Deux ans avant sa mort, qui survint à l'âge de 35 ans, il commença à se plaindre de céphalées intenses avec étourdissements passagers. Un jour, sans cause appréciable, il fut pris d'une crise convulsive avec perte de connaissance, qui fut qualifiée par son médecin de crise d'épilepsie. En même temps, son état général devenant mauvais, il dut cesser toute occupation. Quinze mois après la première crise, de nouveaux accidents cérébraux graves surviennent inopinément et le malade succombait dans le coma trente-six heures après leur apparition.

Cette observation a été communiquée il y a deux ans à M. Poncet par la femme de cet homme qui venait lui demander conseil au sujet de sa fille, âgée de dix-huit ans, et qui était atteinte de tuberculose pulmonaire à

marche aiguë. Cette jeune fille qui avait été envoyée dans un sanatorium, succomba quelques mois après, emportée par sa tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. Leclerc, médecin des hôpitaux.

Bronchite aiguë avec prédominance aux bases. — Accidents pulmonaires. — Tuberculose du sommet droit. — *Pseudo-rumatisme tuberculeux*.

F. M., vingt-trois ans, domestique, entrée le 17 avril 1901, salle des 3^e Femmes, lit n° 8.

Née à la Charité. Réglée à dix-huit ans, toujours régulièrement. Pas de fausse couche. La malade est enceinte de sept mois. Rougeole à dix-sept ans. Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Surdité consécutive ayant à peu près complètement disparu à l'heure actuelle.

A dix-huit ans, commencèrent à se manifester des symptômes pulmonaires : toux sèche avec oppression. Jamais d'hémoptysie. Fréquentes rechutes en hiver avec amélioration en été. Depuis le commencement de sa grossesse, les symptômes pulmonaires deviennent plus accentués. Toux plus considérable, un peu d'expectoration. Amaigrissement. Sueurs nocturnes. Asthénie progressive. Quant à sa grossesse, elle a suivi une marche régulière. Depuis trois mois et demi, elle sent son enfant bouger, et actuellement les battements du cœur fœtal sont perçus à deux travers de doigts de la ligne ombilicale, à gauche.

Actuellement :

Malade au teint coloré. Un peu amaigrie.

Poumons. — Un peu d'atrophie des muscles pectoraux et trapèze. Pas de déformation thoracique.

Percussion : matité au sommet droit. Submatité à gauche. Autre zone de matité en arrière, à la base du poumon droit. Augmentation des vibrations à la base droite.

Auscultation : au sommet gauche, rudesse respiratoire. Expiration un peu voilée. A la base gauche, respiration très soufflante. Râles de bronchite disséminés aux deux poumons.

Expectoration purulente. Crachats nummulaires.

Rien au cœur. Pas d'albumine.

Température : 39°,2, 38°,4.

30 mai.— Les signes stéthoscopiques semblent, pour le moment, dominer au sommet droit. On entend à ce niveau, dans tout le tiers supérieur du poumon, de gros râles muqueux inspiratoires et expiratoires. Au même sommet, on entend une expiration très soufflante. La sonorité semble égale des deux côtés. A gauche, même symptômes, mais moins accentués.

En arrière, nombreux râles semblant n'exister qu'à la base.

22 juin.— État à peu près identique, pas d'albumine.

6 juillet.— La malade a accouché il y a dix-huit jours. Enfant : 2 kil, 500. Rien de particulier pendant les couches. Deux ou trois jours après les couches, frissons. Température assez élevée et gonflement des articulations des poignets et des épaules.

Aux deux sommets en avant, râles muqueux, respiratoires avec sibilances aux deux temps. En arrière, quelques sibilances et ronchus sonores, mais moins abondants qu'avant son accouchement, surtout aux bases.

8 juillet.— En arrière, aux poumons, submatité. Augmentation des vibrations. Râles au sommet droit.

10 juillet.— Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

12 juillet.— Les râles semblent moins nombreux.

16 juillet.— Toujours pas de bacilles de Koch. La malade souffre beaucoup des genoux.

17 juillet.— On lui fait prendre de l'antipyrine. Pas de résultat. Le foyer de râles fins qu'on trouvait en avant ne se retrouve pas aujourd'hui.

25 juillet.— L'examen des crachats demeure négatif.

La bronchite a sensiblement diminué. Douleurs dans la fosse iliaque droite, assez haut. Au toucher, le col est un peu gros. L'utérus est assez volumineux. Le fond se sent à deux ou trois tra-

vers de doigts au-dessus du pubis, Rien dans le cul-de-sac latéral droit qui est cependant un peu douloureux.

5 août. — Bruit de pôt fêlé dans le deuxième espace intercostal droit. Râles gargouillants. Crachats purulents.

22 août. — Les douleurs articulaires persistent. On donne du pyramidon. Il fait cesser les douleurs pendant un jour ou deux.

27 août. — Les douleurs reprennent. Arthrite tibio-tarsienne. Douleurs aux épaules et aux mains.

11 septembre. — Les deux bases sonnent bien. Sonorité plutôt tympanique à droite, obscurité respiratoire, malgré les grands efforts que fait la malade dans ses mouvements respiratoires. Il y a donc symphyse. De même à gauche et, en plus, frottements, râles.

13 septembre. — Eruption érythémateuse polymorphe.

18 septembre. — Sous l'influence d'une pommade salicylée, les douleurs ont un peu diminué.

21 septembre. — Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

31 septembre. — Le malade ne souffre plus de ses articulations depuis environ quinze jours. Il existe cependant encore un léger gonflement et les mouvements provoqués déterminent une légère douleur.

TROISIÈME VARIÉTÉ

La troisième et dernière catégorie qu'il nous reste à examiner est de beaucoup la plus concluante. Il s'agit de sujets nettement tuberculeux, ne présentant aucune autre maladie infectieuse et qui, à une période plus ou moins avancée de leur tuberculose, sont atteints de manifestations rhumatismales variées, lesquelles manifestations arrivent à se localiser sur une seule jointure qui, peu à peu, finit par s'ankyloser.

La présence de l'ankylose nous paraît un fait capital. A elle seule, en effet, elle suffit à distinguer les rhumatismes pseudo-infectieux, dont elle est fréquemment l'aboutissant, du rhumatisme articulaire aigu vrai, qui, lui, ne se termine jamais ainsi. Il existe évidemment certaines formes de tuberculoses ostéo-articulaires pouvant donner lieu à une soudure des deux segments de l'articulation atteinte, la carie sèche de Volkmann, par exemple ; mais la carie sèche produit l'ankylose osseuse vraie, avec lésions avancées, déformation, usure, etc., des extrémités articulaires.

Les cas que nous signalons engendrent, au contraire, une ankylose purement fibreuse, sans lésions distinctes du côté du squelette. Nous avons vu, d'ailleurs, en faisant l'étude anatomo pathologique, que jamais les surfaces osseuses n'étaient atteintes dans leur intégrité, et nous avons précisément signalé l'existence de formations fibroplastiques, avec tendance à l'ankylose.

Nous rapportons à ce sujet les observations XV et XVI.

OBSERVATION XV

recueillie par M. Hau, interne du service. Extraite du
Lyon médical du 28 juillet 1901.

Bronchite-pleurésie gauche et tuberculose testiculaire suppurée du même côté datant de trois ans. — Lésions guéries. — *Rhumatisme articulaire aigu* il y a un an. — Disparition des douleurs qui se localisent à la hanche droite et à la colonne vertébrale. — Actuellement coxalgie plastique (coxo-tuberculose sans abcès, sans fon-

gosités apparentes), mal de Pott avec abcès du volume des deux poings, occupant la fosse iliaque correspondante.

I. J..., 44 ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} avril 1901.

Pas d'antécédents héréditaires. Marié, le malade a eu six enfants. Deux seuls sont vivants, deux sont morts dans l'enfance, de convulsions, un autre de méningite, un quatrième est né avant terme.

Pas de maladie avant l'âge de 40 ans. A cette époque, épiphyse suppurée survenue sans cause appréciable, dont témoigne une cicatrice en cul de poule adhérente au testicule. Il y a trois ans, il eut une bronchite et une pleurésie gauche. Ces affections ne retentirent pas beaucoup sur l'état général, quelques mois après la pleurésie. I. J... reprit une santé normale.

L'année dernière, au mois d'août, le malade avait pris l'habitude après son travail, de se coucher dans une cave, il fut pris brusquement, du jour au lendemain, de douleurs articulaires qui l'obligèrent à rester au lit ; elles survinrent une nuit, débutèrent par la région lombaire, puis trois jours après, passèrent au genou gauche et au pied gauche. Le genou gauche était œdématié, douloureux, rouge ; le pied gauche ne changea pas d'aspect, la douleur fut, du reste, légère. Le pied droit devint également douloureux. Un médecin appelé fit le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu.

Ces phénomènes douloureux durèrent huit à dix jours, puis disparurent ; ils se localisèrent ensuite à la région lombaire et à la jambe droite ; c'est pour cette dernière lésion que le malade vient à l'hôpital.

On constate que l'articulation de la hanche est relativement mobile. Il n'y a pas de douleur bien vive dans les mouvements forcés.

A l'exploration de la colonne vertébrale, on note un point douloureux à la pression au milieu de la cinquième vertèbre lombaire. L'examen de la fosse iliaque droite révèle un abcès du volume des deux poings, allongé, résistant, peu douloureux, peu fluctuant ; il se dirige vers la colonne vertébrale ; il ne se prolonge pas du

côté de la cuisse. Le toucher rectal montre que cette tuméfaction est dépressible ; l'exploration de l'os iliaque n'est pas douloureuse.

Pas de troubles de la sensibilité, des réflexes ; pas de faiblesse musculaire.

Au poumon gauche, on constate du côté de l'ancienne pleurésie l'abolition des vibrations, la diminution du murmure vésiculaire.

L'état général est relativement bon.

OBSERVATION XIV

Inédite, empruntée au travail de M. Mailland : *Du rhumatisme tuberculeux*

Rhumatisme tuberculeux. — Rhumatisme infectieux de l'épaule droite, du poignet gauche et du genou gauche, survenu pendant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. Persistance des lésions du côté du genou qui s'ankylose. Par le fait d'une grossesse antérieure, qui avait cependant été normale, on avait porté le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine génitale. Mort de tuberculose pulmonaire.

M^{me} X..., 25 ans, sans profession. Mère morte à l'âge de 36 ans, de tuberculose pulmonaire ; père vivant et bien portant, ni frères, ni sœurs. Personnellement, la malade est atteinte d'un rétrécissement mitral congénital qui n'a jamais donné lieu qu'à de l'essoufflement, après une marche un peu rapide ou la montée d'un escalier.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, la santé a été assez bonne ; la malade s'enrhumait fréquemment l'hiver, mais l'examen des poumons n'avait rien révélé de suspect. A cet âge, elle fut atteinte de chloro-anémie qui survint à différentes reprises, marquée surtout par la pâleur des téguments et des muqueuses, des palpitations et des pertes

blanches ; on constata alors plusieurs souffles vasculaires ; pas de toux ; néanmoins, la malade fut envoyée à Nice pendant quatre hivers consécutifs. A l'âge de 19 ans, la santé était complètement revenue, les palpitations avaient disparu, l'état général était excellent.

Mariée à l'âge de 20 ans, mari très bien portant, fièvre typhoïde légère survenue immédiatement au retour de son voyage de noces et qui la laissa près d'un an dans un assez grand état de faiblesse. Pendant les deuxième et troisième années de mariage, l'état général fut bon. Cependant, les forces étaient très limitées et des précautions constantes étaient nécessaires. A la fin de la troisième année de son mariage, la malade devint enceinte ; la grossesse fut normale, mais elle commença à tousser un peu et à maigrir. L'auscultation des poumons, pratiquée par deux médecins, ne révèle cependant aucun signe de tuberculose ?

L'accouchement eut lieu à terme, sans accident ; l'enfant est actuellement bien portant. Il n'y eut aucun signe d'infection, aucune élévation de température et la malade put commencer à se lever au bout de douze jours.

Un mois après l'accouchement, M^{me} X... fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit, à quelques jours d'intervalle, l'épaule droite et le poignet gauche.

Ces articulations, extrêmement douloureuses, étaient assez fortement tuméfiées ; la peau était rouge, élévation de température de 38° à 38° 5, le soir. La malade ayant quelques pertes blanches, on pense à un rhumatisme pseudo-infectieux d'origine génitale. On fait de l'immobilisation, on ordonne à l'intérieur du salicylate de soude. Les douleurs du poignet et de l'épaule disparurent ou plutôt diminuèrent assez rapidement, mais au bout de neuf jours, il se produisit une nouvelle localisation au genou gauche (douleurs très vives, rougeur, tuméfaction). L'immobilisation, l'antipyrine, le salicylate de soude furent employés sans résultat. La tuméfaction diminua, mais les douleurs persistèrent, très vives, exaspérées par le moindre mouvement.

Au bout d'un mois, l'état du genou était toujours le même. Durant ce laps de temps, M^{me} X... fut prise brusquement d'une

hémoptysie abondante. Les poumons, surtout le gauche, présentèrent des lésions de tuberculose qui évoluèrent très rapidement. Profitant d'une amélioration passagère, la malade fut transportée à Menton, où elle succomba huit mois après sa première hémoptysie.

Quant au genou gauche atteint, il s'ankylosa peu à peu complètement et resta douloureux. La malade avait été vue par M. Ollier qui avait éliminé complètement toute idée de tumeur blanche pour conclure nettement à un rhumatisme infectieux.

CHAPITRE VI

Terminaison. — Pronostic.

Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux a des terminaisons variables :

Tantôt toutes les jointures intéressées guérissent ; cette issue favorable se rencontre dans les cas légers.

Plus souvent, une articulation reste tuméfiée, douloureuse, les ligaments et les capsules articulaires s'épaississent, les tendons contractent des adhérences avec leurs gaines ; ces adhérences deviennent fermes, rétractiles et le jeu de la jointure reste définitivement compromis : c'est l'ankylose.

Dans les formes les plus sévères, le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux aboutit à la tumeur blanche. Dans quelques cas, celle-ci s'installe insidieusement presque à froid ; le médecin, croyant ponctionner une hydarthrose, trouve dans la jointure une sérosité très louche, glutineuse, ou du pus visqueux.

Ankylose et tumeur blanche sont évidemment des terminaisons de gravité inégale, mais néanmoins, l'une

et l'autre, ont un pronostic sévère. Il est certain que ces accidents pourraient être enrayés plus fréquemment peut-être qu'il ne le semble à première vue, si le diagnostic était posé de bonne heure et si, au lieu de perdre un temps précieux à attendre de la médication salicylée un résultat qu'elle ne peut donner, on considérerait le malade immédiatement comme tuberculeux.

A notre point de vue professionnel surtout, il sera toujours nécessaire, en présence d'une affection semblable, d'établir un diagnostic exact le plus vite possible. Le rhumatisme et la tuberculose font de nombreuses victimes dans l'armée, mais la sanction que l'on porte vis-à-vis des malades n'est pas la même dans les deux cas ; le soldat atteint de rhumatisme aigu franc passe quelque temps à l'hôpital, est renvoyé en convalescence et rejoint ensuite son régiment. Le tuberculeux, au contraire, qui peut devenir une cause de contagion, est soigneusement mis à l'écart ; on le réforme. Eh bien si le diagnostic de rhumatisme tuberculeux est porté assez vite, la sanction qui s'impose vis-à-vis du malade sera dans son intérêt d'abord, dans l'intérêt général ensuite, non pas le congé de convalescence, mais la réforme à bref délai.

Quant au pronostic de l'affection elle-même, il sera bénin dans les formes légères, il sera réservé dans les formes sévères, surtout à cause de la fréquence des raideurs articulaires, des ankyloses, des amyotroopies consécutives.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel.

Nous l'avons dit plus haut, le diagnostic du rhumatisme aigu tuberculeux est très souvent difficile et l'on est parfois exposé à le confondre avec d'autres affections.

Chez l'enfant, dont l'interrogatoire est difficile ou même impossible, le diagnostic peut présenter des difficultés.

L'ostéomyélite juxta-épiphysaire, surtout quand la lésion éclate en plusieurs points à la fois, peut donner lieu à des méprises ; on s'appuiera dans ce cas sur l'intensité des phénomènes généraux, l'élévation de la température, l'état typhoïde très prononcé, et surtout sur l'exploration méthodique des segments osseux.

Mais c'est surtout avec le rhumatisme aigu franc que l'on est souvent tenté de confondre le rhumatisme aigu tuberculeux.

Nous l'avons vu, au rhumatisme articulaire aigu, il emprunte, au moins au début, son mode de localisation polyarticulaire et une analogie assez frappante dans

les manifestations cliniques. Mais il s'en sépare par la rapidité avec laquelle il se fixe sur une articulation, par le manque d'action du salicylate de soude et de l'antipyrine, et surtout par la tendance qu'il présente à donner naissance à des produits plastiques, aboutissant souvent à l'ankylose.

Un caractère différentiel surtout se retrouve dans les caractères de la douleur. Tandis que dans le pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire, comme dans toutes les arthrites du reste, le maximum de la douleur siège au niveau même de l'interligne articulaire, dans le rhumatisme vrai, au contraire, ce sont surtout les parties péri-articulaires, gaines tendineuses, bourses séreuses péri-articulaires, ligaments articulaires et tendons d'insertion qui sont les plus sensibles.

Lasègue qui insistait particulièrement sur ce caractère différentiel écrivait : « dans le rhumatisme franc, il n'y a pas de douleur intra-articulaire ; les tissus fibreux, avec leurs bourses et gaines séreuses sont plus intéressés que la synoviale et les surfaces articulaires. Et il en donnait pour preuve la possibilité que l'on a d'imprimer à une jointure des mouvements passifs sans provoquer aucune douleur, à condition d'obtenir de la part du malade le relâchement des muscles actionnant l'articulation ainsi mobilisée. Lasègue opposait aussi cette périarthrite rhumatismale à l'arthrite des pseudo-rhumatismes.

La différenciation d'avec le rhumatisme articulaire vrai étant faite, il importe, pour poser un diagnostic complet de rechercher la cause du pseudo-rhumatisme infectieux. Cette cause, elle est souvent bien difficile à

déceler. Cependant lorsque l'on se trouvera en présence d'un malade atteint d'un pseudo-rumatisme, n'ayant ni blennorrhagie, ni accidents puerpéraux antérieurs, ni aucune maladie infectieuse susceptible de produire des accidents articulaires, il faut toujours penser à la tuberculose. Si on rencontre la bacillose soit dans l'ascendance directe, soit dans les antécédents personnels, et si, à plus forte raison, le malade est porteur lui-même d'une lésion bacillaire, il est logique et prudent de rattacher au bacille de Koch de tels accidents qui du reste, en y regardant d'un peu près, ne sont pas susceptibles d'une autre interprétation.

C'est alors que le cyto-diagnostic selon la méthode Widal et Ravaud, l'inoculation dans le péritoine du cobaye du liquide retiré de l'articulation, la culture sur milieu appropriés seront d'un grand secours et permettront d'affirmer un diagnostic hésitant.

CHAPITRE VII

Traitement

En relisant les observations citées plus haut, nous avons vu que la plupart des malades qui en font l'objet avaient été tout d'abord traités par la médication salicylée, et que de plus, ils n'en avaient jamais éprouvé la moindre amélioration.

Un malade de M. Jaboulay avait pris 280 grammes d'antipyrine en deux mois, sans résultats ; le salicylate de soude administré également pendant vingt jours, demeura sans effet.

Un malade de M. Bondet (observation de MM. Bérard et Mailland) prit 5 grammes de salicylate de soude pendant cinq jours sans résultats.

Cet insuccès n'a absolument rien de surprenant, car ni l'antipyrine, ni le salicylate de sont des médicaments spécifiques du bacille de Koch.

Le traitement qui convient à ces malades est essentiellement celui de toute tuberculose déjà existante ou

imminente : c'est la vie au grand air, à la campagne, dans les stations thermales, les sanatoriums — c'est le repos, la suralimentation.

De plus comme dans toute polyarthrite aiguë, un traitement local sera nécessaire : il faudra immobiliser le membre dans une bonne position et faire de la révulsion.

Enfin si, comme le cas s'est produit pour la maladie de l'observation V, le pseudo-rhumatisme vient à changer de caractère, une intervention chirurgicale sera indiquée et on réséquera l'extrémité atteinte, mais une fois seulement que les deux traitements précédents auront été déclarés incapables d'amener la guérison.

CONCLUSIONS

Sous le nom de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux nous entendons, comme cette expression l'indique, du reste, des accidens inflammatoires articulaires aigus d'apparence rhumatismale et cependant, ainsi que l'a établi M. le Professeur Poncet, de nature tuberculeuse.

Il s'agit d'un pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire, et par sa pathogénie, il appartient à la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux, bien connus aujourd'hui.

Tard venu parmi ces derniers, le rhumatisme tuberculeux est appelé à y prendre une grande place, en raison même des caractères éminemment infectieux de la tuberculose, de son polymorphisme etc.

Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux peut être

la première manifestation de la tuberculose, et frapper un malade avant toute lésion bacillaire.

Dans d'autres cas il apparaît dans le cours d'autres lésions tuberculeuses.

A en juger par les seize observations de rhumatisme articulaire aigu d'origine bacillaire que nous avons réunies dans notre thèse, la première forme, que l'on pourrait appeler en quelque sorte pré-tuberculeuse, si elle n'était déjà une localisation de l'infection, serait la plus fréquente. Nous en possédons en effet dix observations ; les six autres appartenant à des malades atteints auparavant de lésions tuberculeuses plus ou moins anciennes.

La nature de ce rhumatisme bacillaire est révélé non seulement par la clinique, mais aussi dans quelques cas où ces recherches ont été possibles, par l'expérimentation, et par la séro-réaction. Dans deux cas de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, des inoculations au cobaye, de liquides retirés par la ponction des articulations atteintes, ont produit de la tuberculose. Dans deux autres cas, la séro-réaction a donné entre les mains de MM. Arloing et Courmont, suivant la méthode de Widal et Ravaut, un diagnostic positif.

Une autre particularité intéressante à signaler, et qui démontrerait, si besoin était, que dans nos seize observations, nous nous sommes bien trouvés en face d'un pseudo-rumatisme, c'est l'inefficacité du traitement de ces lésions par le salicylate de soude et par l'antipyrine.

Le traitement sera donc celui de toute polyarthrite

aiguë, c'est-à-dire comme traitement local, l'immobilisation, la révulsion, etc.; et surtout, comme dans toute manifestation bacillaire, le traitement général, qui peut avoir une importance d'autant plus grande que dans la forme pré-tuberculeuse par exemple, employé dès le début, il peut mettre à l'abri de localisations bacillaires plus graves.

Le Président de la Thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 décembre 1901.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Achalme.* — Th. Paris, 1893. Ann. Institut Pasteur, 1897.
- Amaral.* — Th. Paris, 1891. Rhumatisme blennorrhagique.
- Barjon.* — Th. Lyon, 1897. Du syndrome rhumatismal chronique déformant.
- Bérard.* — Soc. des Sc. Méd. de Lyon, février 1900.
- Bérard et Destot.* — Congrès de Chirurgie, 1897. Polyarthrite tuberculeuse déformante.
- Bérard et Mailland.* — Gaz. hebd., 4 nov. 1900. Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire.
- Bernard.* — Soc. Méd. de Lyon, juillet 1901. Rhumatisme tuberculeux.
- Besançon.* — Pseudo-rhumatisme tuberculeux. Soc. Méd. des Hôpitaux, 24 octobre 1901.
- Bouchard.* — Congrès pour l'avancement des sciences, 1891, p. 283. Pathol. gén. Soc. biol., 1893-94, 1900.
- Bourey.* — Th. Paris, 1883. Rhumatisme infectieux.
- Courmont et Dor.* — Soc. de biologie, 1900 et 1901.
- Coyard.* — Th. Paris, 1889. Rhumatisme articulaire progressif et tuberculeux.
- L. Dor.* — Soc. de méd. de Lyon, février 1900.
- Drevet.* — Th. Lyon, 1897. Polyarthrite tuberculeuse déformante.
- Eloy.* — Union méd., 1883. Rhumat. noueux infantile.

- L. Galliard*.— Soc. Méd. des Hôp., 31 octobre 1901.
Lacase-Dori.— Th. Paris, 1882. Rhum. chron. chez l'enfant.
Lannelongue.— Bull. méd., 1890, date 1122. Complic. art. chez un
lupique traité par la lymphe de Koch.
Lapersonne.— Th. Agrég., 1886. Arthrites infectieuses.
Laveran.— Progrès méd., 1876, p. 727. Tuberculose aiguë des syno-
viales.
Mailland.— Presse méd., 1901. Du rhum. tub.
Marfan.— Gaz. des Hôp., 1893. Pseudo-rhum. infectieux.
Massalongo.— Congrès de la Société italienne de méd., 1897.
Oettinger.— Traité de méd. de Charcot et Bouchard.
Oppenheim.— Soc. biol., 1900, p. 180.
Patel.— Revue de Chirurg., 10 décembre 1901. Rhum. tub.
Poncet.— Congrès de Chirurgie, 1897.
Soc. de Méd. de Lyon, 1900.
Leçons cliniques, 1900-1901.
Académie de Médecine, séances du 23 juillet et du
22 octobre 1901.
Triboulet, Coton.— Rhum. art. aigu et bactériologie, Paris, 1900.
Weill.— Revue de méd., 1894. Troubles nerveux des tuberculeux.
-

ALBERT PERRELLON, IMPRIMEUR, LYON.



